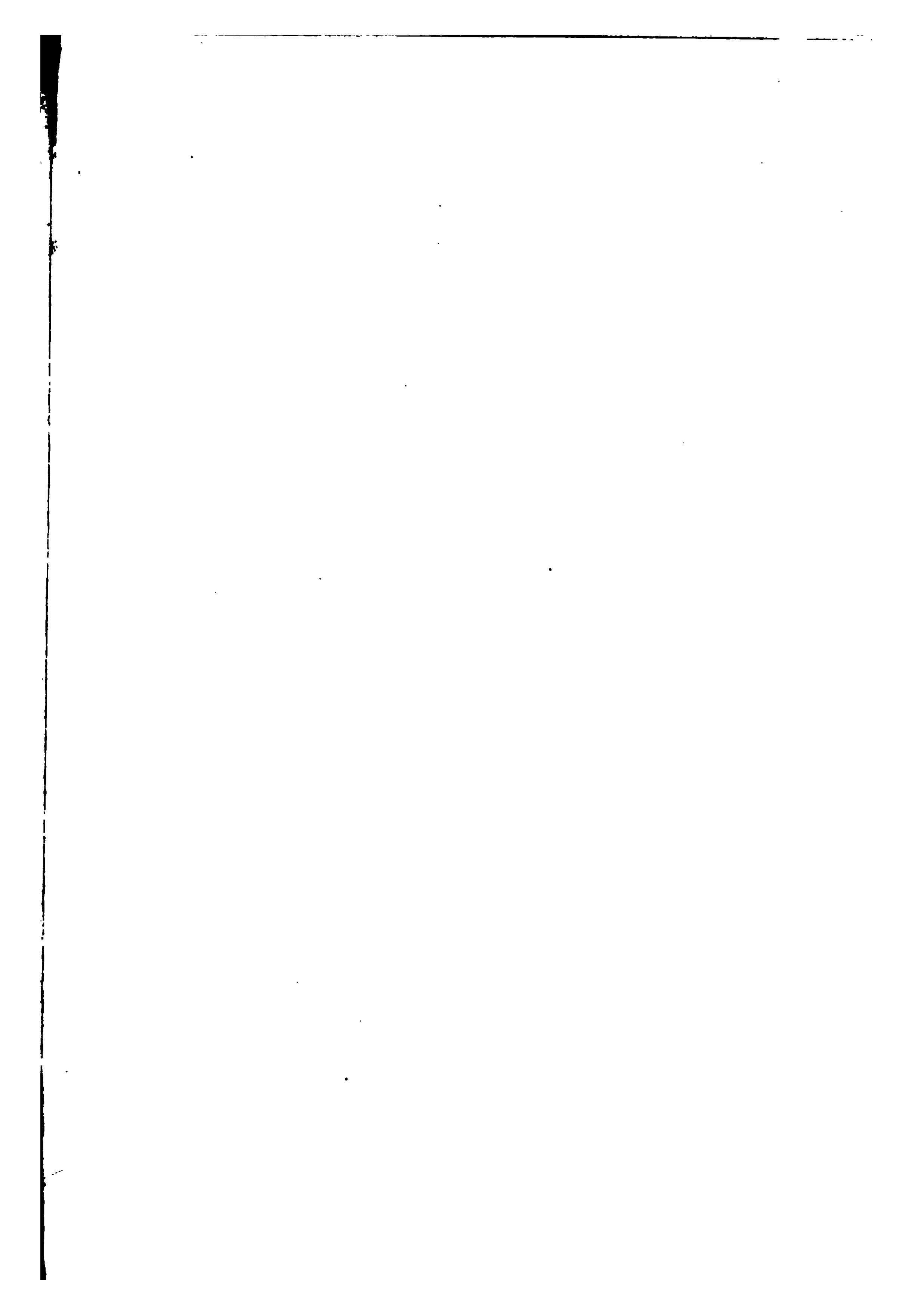
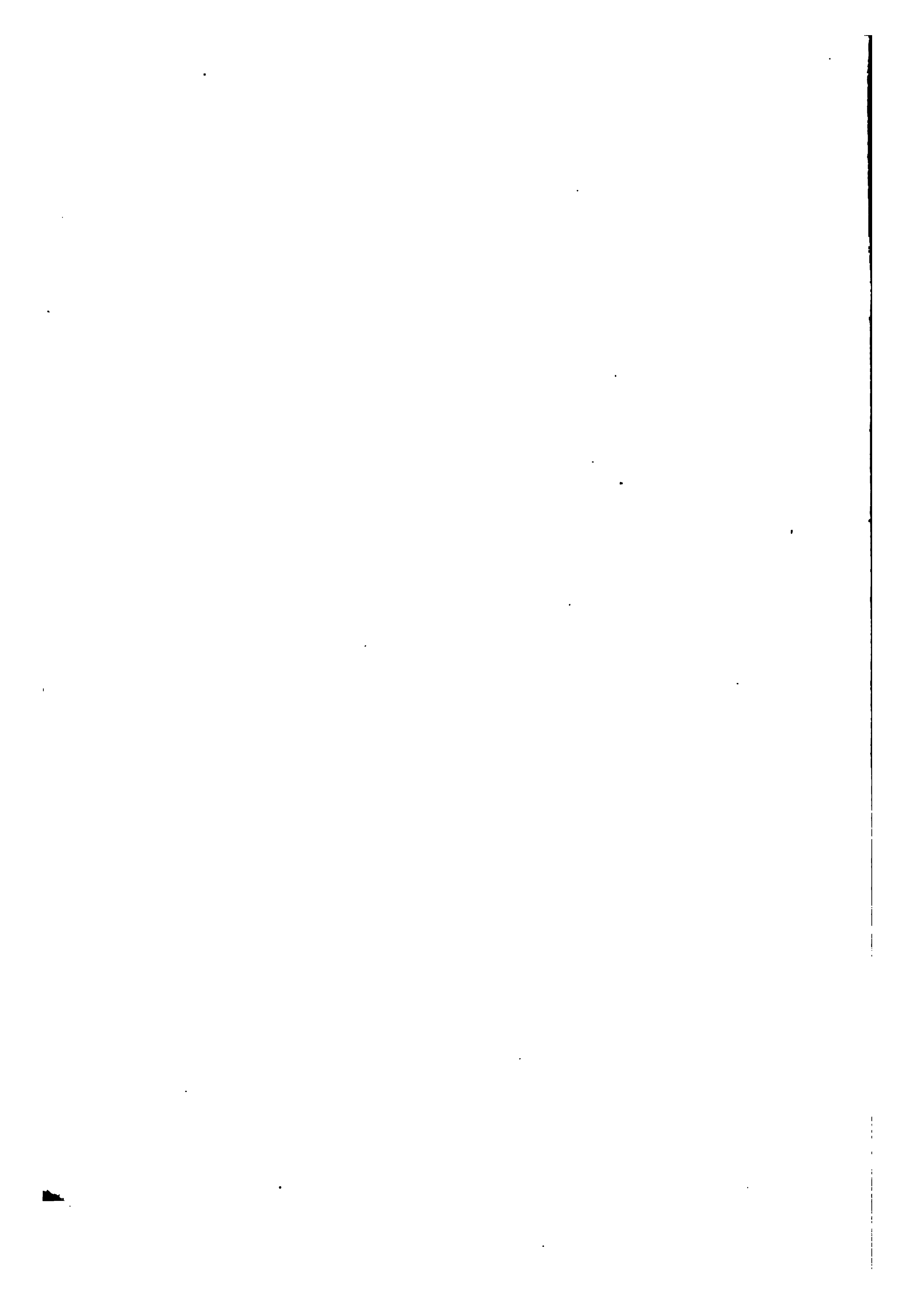




ZEITSCHRIFT

FÜR

SOZIALE MEDIZIN

MEDIZINALSTATISTIK, ARBEITERVERSICHERUNG, SOZIALE HYGIENE UND DIE GRENZFRAGEN DER MEDIZIN UND VOLKSWIRTSCHAFT.

HERAUSGEGEBEN VON

A. GROTJAHN UND **F. KRIEGEL**
Dr. med. Dr. phil.

ERSTER BAND.



LEIPZIG.
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1906.

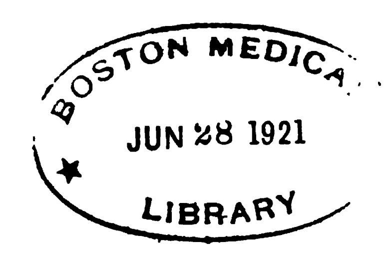
Inhaltsverzeichnis des ersten Bandes.

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.

Viertes Heft.



Zur Einführung.

Das soziale Moment gewinnt in der Medizin und Hygiene eine von Jahr zu Jahr steigende Bedeutung. Die Beschäftigung der Mehrzahl der Ärzte mit Krankenkassen-, Unfall- und Invaliditätsangelegenheiten und auf der anderen Seite die unabweisbare Berührung zahlreicher Beamten der allgemeinen Staatsverwaltung und insbesondere des sozialen Versicherungswesens mit medizinischen Dingen hat im Laufe der letzten Jahrzehnte auf empirischem Wege eine mannigfache sozialmedizinische Praxis geschaffen, die allmählich dazu drängt, aus den gewonnenen Erfahrungen allgemeine Grundsätze zu abstrahieren, diese mit verwaltungstechnischen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu durchsetzen und so eine eigene Theorie zu schaffen. Der Ausbildung, Erweiterung und Verbreitung dieser Theorie soll die Zeitschrift, deren erstes Heft wir hiermit der Öffentlichkeit übergeben, in erster Linie dienen. Es bedarf keiner eingehenderen Definition dessen mehr, was unter der jüngsten medizinischen Sonderdisziplin der Sozialen Medizin zu verstehen ist, seitdem der Sprachgebrauch unter diesem Ausdruck alle medizinischen Fragen zusammengefaßt hat, die in irgend einer Beziehung zu dem sozialen Arbeiterversicherungswesen stehen.

Die soziale Versicherung, die in Deutschland wie in keinem anderen Lande zu einem integrierenden Bestandteile des Volkskörpers geworden ist, blieb nicht bei der ihr von vornherein gestellten Aufgabe der Fürsorge für die Kranken, Verunglückten und Invaliden stehen, sondern hat sich mit Erfolg auch in den Dienst der Verhütung von Krankheit, Unfall und Invalidität gestellt und damit der Sozialen Hygiene eine aussichtsvolle Zukunft eröffnet. Unsere Zeitschrift wird daher den Fragen der Sozialen Hygiene und des öffentlichen Gesundheitswesens ein ganz besonderes Interesse widmen. Auch der Begriff der Sozialen Hygiene beginnt immer mehr seine bisherige Verschwommenheit einzubüßen und eine feste Gestalt anzunehmen. Wir definieren die Soziale Hygiene als die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeinerung

hygienischer Kultur unter einer Gruppe von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt, sowie weiterhin als die Lehre von den Maßnahmen, mit Hilfe deren jene Bedingungen dem körperlichen Befinden der Menschen dienstbar gemacht werden können. In den von uns seit einer Reihe von Jahren herausgegebenen Jahresberichten über Soziale Hygiene, die neben dieser Zeitschrift nach wie vor selbständig weitererscheinen, werden wir auch in Zukunft uns bemühen, alle Notizen, Daten, Gesetze und literarische Neuerscheinungen zu registrieren und eine umfassende Bibliographie der Sozialen Medizin und Hygiene zu liefern, während Originalarbeiten dieser Zeitschrift vorbehalten bleiben. Wir freuen uns, dadurch endlich mehrfach aus dem Leserkreise unserer Jahresberichte an uns herangetretenen Wünschen Rechnung tragen zu können.

Nicht ohne Grund gehen die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene bei ihren literarischen Vertretern eine Personalunion ein. Das liegt begründet einmal in der Methode, die hier wie dort die nämliche ist und sich dadurch grundsätzlich von allen medizinischen Forschungsmethoden unterscheidet, daß außer der in der Medizin herrschenden naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise auch nationalökonomische psychologische, anthropologische und kulturhistorische Momente Berücksichtigung finden müssen, und sodann in dem Umstande, daß es eine Hilfswissenschaft gibt, die sie untrennbar vereint: die Medizinalstatistik. Diese hat in den Jahren, in denen das Interesse der Mediziner durch die so überaus erfolgreichen Forschungen im bakteriologischen und chemischen Laboratorium sowie in den klinischen Instituten absorbiert wurde, unter den Ärzten nicht die Beachtung gefunden, die sie in der Tat verdient. Zurzeit beginnt man jedoch einzusehen, daß die Medizinalstatistik uns Aufschlüsse über Todesursachen, Wesen der Infektionskrankheiten, Einfluß der sozialen Verhältnisse auf die Entstehung der Krankheiten u. a. m. zu geben vermag, die uns der kasuistische und experimentelle wissenschaftliche Betrieb niemals liefern kann. Deshalb werden wir bestrebt sein, der Medizinalstatistik in unserer Zeitschrift ein eigenes Publikationsorgan zu schaffen, das ihr als einzigem von allen medizinischen Sondergebieten bisher noch versagt geblieben ist.

Es ist die Befürchtung laut geworden, daß die Pflege des sozialen Momentes in Medizin und Hygiene schon deshalb nicht im Rahmen eines objektiven wissenschaftlichen Betriebes stattfinden könne, weil sie zu schwebenden Fragen öffentlicher und politischer

Natur Stellung nehmen müsse. In der Tat würde eine Medizin und eine Hygiene, die ängstlich jede Berührung mit aktuellen sozialpolitischen Fragen vermiede, nicht mehr das Prädikat „sozial" beanspruchen können. Deshalb dürfen auch diese Wissenschaften nicht der Diskussion aktueller Fragen der Politik und Sozialpolitik aus dem Wege gehen. Vorbedingung ist nur, daß sie „voraussetzungslos", d. i. ohne Rücksicht auf eine Zeitströmung, einen Stand, eine Partei oder irgend einen anderen öffentlichen Faktor an ihre Aufgaben herantreten und ausschließlich mit den ihr eigentümlichen Methoden deren Lösung anstreben. Ja, wir glauben, daß die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene, selbst wenn sie das Gebiet der Politik streifen, geradezu berufen sind, hier eine Mission zu erfüllen, nämlich die Leidenschaften zu mildern und manche Fragen, die wie z. B. die der Sonntagsruhe, der Kinderbeit, des Heimarbeiterschutzes, des gesundheitlichen Maximalarbeitstages usw. heute Gegenstand heftiger politischer Fehden sind, einer ruhigen objektiven Beurteilung zuzuführen. Der schöne Traum vom sozialen Frieden könnte zu einem erheblichen Teile verwirklicht werden, wenn die Diskussion derartiger Fragen dem parteipolitischen Hader entzogen und nach rein sachlichen Grundsätzen behandelt würde. Denn wieweit auch die Faktoren des öffentlichen Lebens in ihren Anschauungen und Willensrichtungen auseinandergehen, sie haben alle ein Interesse daran, daß das körperliche Substrat jedes gesellschaftlichen und staatlichen Lebens vor physischer Verkümmerung und Entartung bewahrt bleibe. Unbeschadet ihrer sonstigen Differenzen können sie sich auf den in Frage stehenden Gebieten als in einer Zone des sozialpolitischen Burgfriedens zu gemeinsamer Betätigung zusammenfinden. Voraussetzung ist natürlich, daß die Pflege des sozialen Momentes in Medizin und Hygiene sich zu einer wirklichen Theorie verdichte. In den Dienst dieser Aufgabe wird sich unsere Zeitschrift stellen, an der mitzuarbeiten wir nicht nur Ärzte, sondern auch Nationalökonomen und Verwaltungsbeamte des Versicherungswesens einladen. Hoffentlich ist die Zeit nicht mehr fern, in der die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene wie alle anderen älteren Disziplinen einen sicheren Schatz anerkannter Wahrheiten besitzen, die sie der sozialen Praxis zur Verfügung stellen können. Qui vivra, verra et nous vivrons.

Die Herausgeber.

Zur Statistik der Totgeburten seit 200 Jahren.

Von Sanitätsrat Dr. Adolf Gottstein, Berlin.

Die ersten Anfänge der Aufbewahrung medizinisch-statistischen Materials im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege gehen bis in das sechzehnte Jahrhundert zurück. Der ständige Kampf mit der Pest, die in wiederholten Ausbrüchen die Bevölkerung verminderte, legte es den Behörden nahe, über die Zahl der Opfer sichere Unterlagen zu gewinnen. Die praktische Ausführung gestaltete sich leicht durch Erweiterung der den Pfarrern schon seither auferlegten Pflicht der Listenführung; die Kirchenbücher registrierten schon früher Geburten, Taufen, Hochzeiten und Begräbnisse; es war nur noch nötig, den Pfarrern auch die Aufzeichnung der Todesursachen zu übertragen. Dies geschah durch königliche Edikte 1537 und 1539 in Frankreich und England, durch städtische Behörden in deutschen Städten. Das tridentinische Konzil schrieb noch den Pfarrern ausdrücklich vor, bei der Buchführung sorgfältig zu verfahren. Trotzdem scheint dies in den ersten Jahrzehnten nicht der Fall gewesen zu sein; jedenfalls aber blieb das so etwa zusammengekommene Material fast ein Jahrhundert unbenutzt; in Deutschland ist es wohl durch den dreißigjährigen Krieg großenteils vernichtet worden. Erst um die Mitte des 17. Jahrhunderts fand sich der erste Mann, der das so gewonnene Material statistisch verarbeitete und somit der Schöpfer des ersten medizinisch-statistischen Werkes wurde. Kapitän Johann Graunt veröffentlichte 1662 ein kleines Werk, das 1702 ins Deutsche übersetzt wurde und hier den Titel führt: „Natürliche und politische Anmerkungen über die Todten-Zettul der stadt London etc.“ In dem Werk wird die Entstehung der Londoner Einrichtung der Totenzettel geschildert, ferner ihre Handhabung,

die Beziehungen von Krankheiten und Lebensalter zur Gesamtsterblichkeit, der Einfluß des Geschlechts, der Jahreszeiten, von Stadt und Land, sozialer Lage usw. auf Sterblichkeit und Geburtenzahl besprochen. Eine große Tabelle im Anhang bringt die Todesursachen der Toten Londons für 20 Jahre ohne Einteilung nach Alter, Geschlecht und Jahreszeit.

Das Buch von Graunt ist nicht die einzige Materialiensammlung zur Medizinalstatistik aus dem 17. Jahrhundert. Der Breslauer Statistiker Grätzer beschäftigte sich zu Ende des 19. Jahrhunderts mit der Frage, warum Halley in seiner Absterbeordnung, die er 1693 veröffentlichte, sich nicht des Londoner Materials, sondern des von Caspar Neumann gesammelten Materials von Breslau bediente. Bei seinen Studien, die er in seiner kleinen Schrift: „Edmund Halley und Caspar Neumann“ [1]) veröffentlichte, entdeckte er, daß das Breslauer Stadtarchiv die Totenlisten des 17. Jahrhunderts noch bewahrte und daß diese die Todesfälle nach Lebensalter, Geschlecht und Jahreszeit geordnet bringen. Da auch die Gesamtzahl der Lebenden annähernd bekannt war, so konnte Grätzer in der genannten Schrift das statistische Material der Geburten und Todesfälle für die Jahre 1687—1691 in moderner Form unverkürzt mitteilen. In einer zweiten Schrift „Daniel Gohl und Christian Kundmann“ [2]) weist Grätzer auf zwei Medizinalstatistiker aus dem Anfang des 18. Jahrhunderts hin; von ihnen ist der Berliner Gohl ziemlich verschollen; der Breslauer Kundmann dagegen wurde von Süßmilch viel genannt und benutzt; in seinem Hauptwerk „Rariora item in re medica oder Seltenheiten der Natur und Kunst“, Breslau und Leipzig 1737, bringt er einen Abschnitt „Reflexionen über Krankheits- und Todtenlisten“, in dem viel medizinisch-statistisches Material über Geburten und Todesfälle aus deutschen Städten mit ärztlichen Schlußfolgerungen und Erläuterungen enthalten ist. Der Zeitfolge nach ist der nächste seine Vorgänger weit überragende Medizinalstatistiker der Theologe Süßmilch, der durch seine „Göttliche Ordnung“ die Disziplin aus einer Materialiensammlung zur Wissenschaft erhob. Das von ihm gesammelte und erweiterte Material wird noch heute benutzt. Von Süßmilch an ist die Entwicklung des Medizinalstatistik über Quetelet bis zur Neuzeit bekannt genug, im übrigen einschließlich der Schilderung seiner Vorgänger von Westergaard in dem

---

[1]) Breslau, Schottländer 1883.
[2]) Breslau, Schottländer, 1884.

zweiten Kapitel der 2. Auflage seines Werkes über „Mortalität und Morbidität" ausführlich und kritisch behandelt worden, so daß sich ein näheres Eingehen erübrigt.

Hier sind die Vorgänger von Süßmilch deshalb ausführlich behandelt worden, weil sie in ärztlichen Kreisen weniger bekannt sind und weil die Vergleichung ihres Materials mit demjenigen unserer Tage gewisse hygienische Schlüsse zuläßt.

So habe ich in einer kleinen Arbeit „Zur Geschichte der Lungenschwindsucht" [1]) aus dem Vergleich der von Grätzer angegebenen Zahlen des 17. Jahrhunderts mit den heutigen den Schluß gezogen, daß die Lungenschwindsucht schon vor mehr als 200 Jahren in den Städten zahlenmäßig eine Haupttodesursache war und wohl ungefähr ebensoviel Opfer verlangte, wie heute. In einer zweiten historisch-statistischen Arbeit [2]) zog ich den Schluß, daß die Säuglingssterblichkeit seit Graunt und Kundmann in den Städten kaum gesunken zu sein scheint, daß aber damals die künstliche Ernährung der Säuglinge auch schon recht verbreitet gewesen sein muß. Die Sterblichkeit der Kinder über ein Jahr aber war im 17. und 18. Jahrhundert erheblich größer als heute; sie sank plötzlich zu Beginn des 19. Jahrhunderts durch die Einführung der Pockenimpfung und dann allmählich weiter durch Abnahme der Infektionskrankheiten und Hebung der Kultur.

Die obigen Schlußfolgerungen ließen bei Benutzung des alten Zahlenmaterials wegen der großen Fehlerquellen keine direkte Gegenüberstellung der Zahlen zu, sondern nur ganz summarische Folgerungen. Für ein Gebiet der Kindersterblichkeit aber ist eine direkte zahlenmäßige Vergleichung durch die Jahrhunderte hindurch möglich, nämlich für die Totgeburten. Hier ist keine Beziehung auf die Zahl der Lebenden zu Vergleichszwecken nötig, die darum nicht brauchbar ist, weil die Unterlagen unzuverlässig und die Besetzung der Altersklassen zu den verschiedenen Zeiten außerordentlich verschieden war. Hier genügt die Beziehung auf die Zahl der Geburten. Diese aber wurden den Pfarrern angemeldet gleichzeitig mit der Tatsache, ob das Kind lebte, also getauft werden konnte, oder nicht. Daß die verschiedene Buchung der Kinder, die kurz nach der Geburt verstorben, zuweilen erhebliche Ungleichheiten veranlaßte, haben die einzelnen Beobachter selbst schon sehr früh herausgefunden.

---

[1]) Hygienische Rundschau 1902, Nr. 6.

[2]) Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit, Medizinische Reform 1906, Nr. 5.

Im folgenden sollen in der Kontinuität die Angaben der einzelnen Schriftsteller über die Totgeburten wörtlich aus den Originalen in historischer Reihe angeführt werden. Die Schlußfolgerungen aus dem Material ergeben sich dann von selbst für jeden Leser und brauchen nur kurz angedeutet zu werden. Im Text habe ich stets den Angaben der Quellen die Berechnung in Promille der Geburten in Klammer beigefügt.

Graunts Angaben sind ebenso unbestimmt, wie ihre Unterlagen unzuverlässig. Im Inhaltsverzeichnis sagt er unter Nr. 24: „Unzeitig und todt geborene verhalten sich gegen die Getaufften wie eins gegen zwanzigen" (50 Promille). Im Text aber führt er an. „daß die getaufften nicht fleißig verrechnet worden, ist gantz gewiß", er gibt Belege für die Unsicherheit. So seien im Jahre 1631 410 „unzeitig gebohrene" auf 8238 „getauffte", im Jahre 1659 dagegen 421 auf nur 5670 „getauffte" verzeichnet. Er meint, daß 1659 die Geburtenzahl wohl das Doppelte betragen haben muß. In 20 Jahren sind nach Graunt 8559 unzeitig und tot Geborene gewesen, das wären 47 Promille aller Gestorbenen.

Grätzer macht für die von ihm rekonstruierten Jahre 1687—1691 folgende Angaben: „Unter 1000 Geborenen waren im Ganzen 52 Totgeborene. Das Verhältnis der Knaben war 609 auf 1000 Geburten.[1]) Auf 10000 Einwohner kamen 19 tot Geborene, unter den tot Geborenen waren durchschnittlich 58 eheliche und 6 uneheliche, während das Verhältnis unter den Geburten 1186 : 50 war. (49 : 120 pro Mille! Zufall der geringen Zahl von 6.)

Kundmann[2]) macht über die Totgeburten folgende Angaben: „Aus dem Breslauischen Kalkulo erscheinet, daß allhier sehr viel tote Kinder auf die Welt kommen und unter den Geborenen fast der 17. oder 18. Teil das Licht der Welt nicht erblicket; denn so sind allhier in 10 Jahren oder von anno 1717 bis 1727 lebendig geboren worden: 12498, hingegen 711 tote Kinder (57 Promille). abgerechnet dabei, so nach der Geburt nur einen Gieb getan oder wenige Minuten und Stunden gelebet haben und bald die Nottaufe empfangen, also ebenermaßen in der Geburt verunglücket, und zwar ist in dem 1717. Jahre die niedrigste Zahl der Totgeborenen 54, anno 1720 aber die höchste 83 gewesen. Daß hierzu die grobe Unwissenheit und unverantwortliche Bosheit verschiedener Hebeammen ein großes contribuhieret, ließe sich gar leicht beweisen,

[1]) 155,7 m. : 100 w.

[2]) l. c. S. 1277.

zum Wenigsten siehet man dies aus der Berlinischen Lista; obgleich also noch einmal so viele daselbst als hier geboren werden, so wird man selten über etwelche 80, sehr oft aber wenigere Totgeborene darunter finden. Ferner daß allhier in diesen 10 Jahren geboren worden 6315 Söhne und 6183 Töchter, da eben die erste Zahl die letzte nicht viel übersteiget. Hingegen sind 425 Knaben (148 : 100), aber nicht viel über die Hälfte, nähmlich 286 Mägdelein tot zur Welt gebracht worden, welches anzeiget, daß die Geburt der Kinder männlichen Geschlechts vielleicht wegen mehrerer Größe schwerer, der weiblichen aber leichter sei."

Süßmilch sagt[1], „daß auch die Totgeburten nach gewisser Proportion erfolgen; besonders sind bei diesem Hervorgange aus dem Nichts diese beiden Stücke aller Aufmerksamkeit würdig, daß jederzeit gegen 20 Mädgens 21 Söhne kommen".

S. gibt folgende Tabelle:[2])

Unter 1000 Geburten sind totgeboren:

Große Städte			Mittlere Städte		Kleine Städte und auf dem Lande	
1. Dresden	6 J.	57	1. Gotha	10	1. Lebus	39
2. Leipzig	10 „	63	2. Wittenberg	40	2. Wasseyda	43
	5 „	67	3. Gera	27	3. 31 Dörfer	31
3. Berlin	1746	42	4. Fürstenwalde	31	4. 7 andere	23
	1750	42	5. Salzwedel	48	5. 140 andere	48
	1752–55	33				
	1757	34				
	1758–63	42				
	1764–74	52				
4. Braunschweig	4 J.	30				

„Es erhellet zuvörderst aus dieser Vergleichung, daß die Verhältnisse der todtgeborenen Kinder gegen die Summe aller Geborenen sehr veränderlich sind, aber doch hinlänglich dartun, daß man die Ungeschicklichkeit der Hebammen nicht zur einzigen, ja nicht einmal zur vornehmsten Ursach davon angeben könne." Nach dem Kriege sei die Zahl der Totgeborenen überall gestiegen, auf dem Lande wie in der Stadt. Im ganzen sei, wie in allen Altersklassen, die Sterblichkeit auch in der Geburt auf dem Lande geringer, weil die Frauen 1. widerstandsfähiger seien, 2. ihre Kinder

[1]) Bd. I, S. 52.
[2]) III, 99.

selbst nährten, während durch das Ammenwesen in den Städten nicht nur die Kinder, sondern auch die Mütter für das Gebärgeschäft ruiniert würden, 3. in den Städten die Zahl der unehelichen Kinder größer sei und diese eine höhere Sterblichkeit zeigten. Während in Berlin das 17. Kind tot zur Welt käme, sei bei unehelichen Müttern schon das 7. bis 8. Kind totgeboren. Von Wichtigkeit sind noch Tab. III und XIV Bd. III, die ich gekürzt wiedergebe.

	Knaben	Mädchen	Totgeborene	Verhältnis
1758—1763	11 325	10 603	974	1 : 23,5 (42,5)
1764—1769	13 092	12 246	1318	1 : 20,2 (49,5)
1770—1774	9 498	8 869	1098	1 : 17,7 (56,5)
1674—1774 (Durchschnitt)	2 054	1 919	219	1 : 19 (53)

XIV.

32jährige Liste der im Charitéhause zu Berlin geborenen und im ersten Monat verstorbenen Kinder:

	Geborene	davon Totgeborene	
1766—1785	3007	254	= 84 Promille

Es ist also die Hinfälligkeit der unehelichen Kinder, um die es sich in dem Charitématerial handelt, doppelt so groß als der ehelichen. Der Grund liegt wohl nur teilweise, wie S. annimmt, an der größeren Verwahrlosung, zum anderen Teil daran, daß unter den Unehelichen die Zahl der Erstgeburten größer ist, wohl auch die Syphilis verbreiteter.

Casper[1]) verbreitet sich ganz ausführlich über die Zahl der Totgeburten. Wenn die vorhandenen von ihm wiedergegebenen Statistiken Verhältnisse geben, die zwischen 1 : 11 und 1 : 36 schwanken, so läge dies einfach an der verschiedenen Buchung der Aborte und der wenige Stunden nach der Geburt Verstorbenen. In Berlin sei das Verhältnis seit 50 Jahren ziemlich konstant:

	Geborene	Totgeborene	Verhältnis zu den Geburten
1785—1792	41 051	2205	53,7 Promille
1793—1800	47 919	2387	50 „
1801—1808	49 678	2664	53,4 „
1812—1821	61 817	3139	50,8 „

Den wichtigsten Anteil an den Totgeburten hat nach C. die außereheliche Zeugung. Die Uneheliche hat kein Interesse an der Erhaltung des Kindes und hat mit Not und Sorge in der Schwangerschaft zu kämpfen. In Berlin seien von 1819—1822 auf 22 642 lebende und 937 tote eheliche Kinder 4002 lebende und

[1]) Beiträge zur medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde III. Über die Sterblichkeit der Kinder in Berlin, Berlin, Dümler 1825.

317 tote uneheliche gekommen. Das Verhältnis sei also ungefähr 4 %₀ : 8 %₀. Das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen war in Berlin 28 : 20 (140 : 100). Ihre Zahl war im Winter am größten, im Sommer am geringsten; da eine Angabe über die Verteilung der Lebendgeburten auf die Monate fehlt, ist diese Angaben natürlich belanglos.

Für L. Moser[1]) ist die Untersuchung der Totgeburten und das beigebrachte tabellarische Material, das nicht viel Neues bringt (Verhältnis zu den Geburten durchschnittlich 50, in den Städten 59; Überwiegen der Knaben), nur Mittel zum Zweck, um sein Gesetz der Absterbeordnung zu erweisen, wonach die Todesfälle eines Zeitraums x bei a Lebenden der vorigen Altersklasse $= \sqrt[4]{ax}$ sei. Er findet, daß diesem Gesetz zufolge bei Menschen und auch bei Tieren die Zahl der Totgeburten und der Todesfälle des ersten Lebenstages gleich sei!

Immerhin ist zu Vergleichszwecken die von Moser (S. 287) angegebene Tabelle von Interesse, bei der ich nicht seine Originalzahlen, sondern gleich die Umrechnung auf 1000 Geborene angebe:

Verhältnis der Totgeborenen zu den Geborenen:

Württemberg	1821—1825	50
Dänemark	1828	40,4
Schleswig	1826	46
Lüneburg	1820—1822	50
Königreich Sachsen	1837	46
Königsberg	1835—1838	41,8
Kopenhagen	1826	59
Breslau	1818	47,6
Leipzig	1801—1825	56
Hamburg	1820—1827	62,5
Harlem	1821—1826	57
Paris	1804—1814	45
Philadelphia	1827—1830	42

Quetelet[2]) widmet den Totgeburten das ganze 4. Kapitel seines Werkes, er bezieht sich aber vorzugsweise auf Casper und erweitert nur dessen Schlüsse durch einiges ihm näher liegende Material. So führt er aus, daß die Höhe der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten konstant geblieben sei. Im Gegensatz zu Casper (und Süßmilch) weist er aber darauf hin, daß die Sterblichkeit in Flandern in den Städten geringer sei als auf dem

[1]) Die Gesetze der Lebensdauer. Berlin 1839.

[2]) Sur l'homme et le développement de ses facultés. Bruxelles 1836.

Lande (20,4 : 38,2). Er bringt ferner Tabellen von Amsterdam, Paris und Dänemark, die das schon bekannte Überwiegen der Knabensterblichkeit beweisen (Dänemark Knaben : Mädchen = 43,5 : 37) und erwähnt ebenfalls die Übersterblichkeit bei den Unehelichen. Wie viel vollkommener die moderne Statistik geworden ist, die weniger Wert auf die Entdeckung von Gesetzen à la Moser legt, als auf die Beschaffung und Verwertung exakten Materials, beweist ein Vergleich des Kapitels IV bei Quetelet und des den gleichen Gegenstand behandelnden Kapitels IX bei Westergaard.[1]) Hier findet sich die Berücksichtigung der Aborte und Frühgeburten, des Einflusses der verschiedenen geburtshilflichen Operationen, eine Verteilung des Materials nach dem Alter der Eltern, der Geburtenfolge, dem Einfluß der Mehrgeburten. Bei Westergaard wird auch der oben angedeutete Gesichtspunkt ausführlich behandelt, daß der große Unterschied der Totgeburtenzahl bei Ehelichen und Unehelichen neben dem sozialen auch einen biologischen Grund hat, insofern nämlich bei den unehelichen Müttern die Zahl der Jugendlichen und Erstgebährenden größer ist.

Aus Westergaard sind folgende Tabellen entnommen:

Von 1000 Geburten waren 1893—1894 Totgeburten:

	Alle	Ehelich	Unehelich		Alle	Ehelich	Unehelich
Italien	40	39	51	Preußen	33	32	46
Frankreich	46	44	74	Österreich	29	27	42
Belgien	45	43	63	Ungarn	23	23	31
Niederlande	45	44	81	Dänemark	24	24	32
Schweiz	36			Norwegen	28	27	41
Württemberg	32	32	35	Schweden	26	25	33
Bayern	31	30	36	Finnland	28	26	47

Auf 100 totgeborene Mädchen kamen Knaben 1893—1894:

Italien	128	Preußen	128
Frankreich	139	Österreich	134
Belgien	134	Ungarn	134
Niederlande	126	Dänemark	128
Schweiz	129	Norwegen	131
Württemberg	128	Schweden	136
Bayern	128	Finnland	128

In dem Bd. 48 A. der preußischen Statistik[2]) findet sich folgende Angabe: „Totgeburten kamen neuerdings und namentlich seit 1868

[1]) Westergaard, II. Aufl. Lehre von der Morbidität und Mortalität. Fischer 1901.

[2]) Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im Preußischen Staate von 1816—1874. Von A. v. Fircks.

etwas seltener vor als früher, sie nehmen regelmäßig ab, betragen jedoch immer noch fast 4 Proz. aller Geborenen. Knaben kamen häufiger tot zur Welt als Mädchen" (43,7 : 36,0 Promille). In den Städten kamen mehr Totgeburten vor als auf dem Lande (43,012 : 39,635) und dies trotzdem auf dem Lande die Knabengeburten überwiegen.

Auf 1000 Geburten kommen:

	Totgeborene
bei Kindern überhaupt	38,29
bei allen Knaben	54,49
bei allen Mädchen	32,62
bei unehelichen Knaben	57,46
bei unehelichen Mädchen	51,50

Nach Fircks' Tabelle 17 kamen auf je 1000 Geborene Totgeborene:

	Berlin	Breslau	Köln	Magdeburg	Königsberg i. Pr.
1816	52,6	51,7	49,4	74,5	45,4
1826	47,5	50,3	50,3	61,6	57,1
1835	48,1	45,5	51,4	57,2	47,1
1844	39,4	48,1	42,8	46,6	45,7
1853	40,5	49,0	30,5	45,7	44,4
1862	48,1	36,7	40,2	47,9	54,1
1872	44,6	33,9	41,7	51,3	43,8

Nach Tabelle 16 verhalten sich:

	Städte	Land
1850	43,7	38,2
1855	40,9	38,7
1860	43,3	41,8
1865	44,0	40,5
1870	43,3	39,9
1874	42,03	39,3

Unter den Unehelichen waren Totgeburten (Tabelle 20):

1820	49,9	1850	56,01
1830	51,05	1860	56,6
1840	52,7	1870	59,2

Der Band 188 der Preußischen Statistik[1]) ergänzt diese Angaben bis zur Neuzeit. Danach waren Totgeburten:

[1]) Rückblick auf die Entwicklung der preußischen Bevölkerung von 1875 bis 1900. Von Dr. Broesicke.

	Städte			Land		
	Alle Geborenen	Knaben	Mädchen	Alle Geborenen	Knaben	Mädchen
1875—1880	41,4	45,2	37,3	41,2	45,1	37,0
1881—1885	40,1	43,7	36,3	39,2	42,7	35,5
1886—1890	36,8	39,9	33,5	37,5	40,9	33,8
1891—1895	31,9	34,7	28,9	33,8	37,0	30,4
1896—1900	32,2	35,0	29,2	32,5	35,6	29,1
1875—1900	36,3	39,5	32,9	36,9	40,4	33,2

Nach Städtegruppen:

	1880	1890	1900
Großstädte	40,38	30,51	31,9
Mittelstädte	39,23	31,25	28,9
Kleinstädte	40,68	34,69	32,3
Plattes Land	39,82	34,24	31,5
Staat	39,96	33,59	31,3

Zum Schluß entnehme ich dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin [1]) folgende Angaben:

Auf 1000 Geborene kamen Totgeborene in Berlin

1816	51	1850	46	1885	39
1820	53	1855	42	1890	29
1825	49	1860	44	1895	34
1830	44	1865	46	1900	36
1835	48	1870	45	1901	35
1840	45	1875	42	1902	36
1845	43	1880	38	1903	35

Berlin, Totgeborene:

Promille der Geborenen

	m.	w.	überhaupt	ehelich	unehelich
1898	38,5	31,0	34,9	32,0	50,1
1899	37,3	31,9	34,7	31,9	50,1
1900	37,9	33,2	35,6	32,2	54,9
1901	36,6	32,3	34,6	32,1	48,5
1902	39,8	31,4	35,7	32,7	52,7
1903	38,1	32,2	35,3	31,7	54,3

Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse beschränke ich mich auf die folgenden kurzen Schlußfolgerungen. Seit dem Bestehen zahlenmäßiger Grundlagen, d. h. also seit dem Ende des 17. Jahrhunderts, sind eine Reihe von Eigentümlichkeiten unverändert geblieben, das Überwiegen der Sterblichkeit bei den Knaben und die größere Totgeburtenziffer bei den Unehelichen. Bis in die neueste Zeit scheint die Sterblichkeit auf dem Lande geringer gewesen zu sein (eine Ausnahme macht die Angabe von Quetelet);

[1]) 28. Jahrgang, herausgegeben von E. Hirschberg. Berlin 1904, S. 31.

erst seit dem Jahre 1875 hat sich wenigstens in Preußen der Unterschied dadurch ausgeglichen, daß eine Abnahme in den Städten und auf dem Lande stattfand, die aber in den ersteren erheblicher war.

Die Anzahl der Totgeburten überhaupt ist vom Ende des 17. Jahrhunderts bis etwa zum Jahre 1870 in den einzelnen Ländern ungleichmäßig, im ganzen aber nur unerheblich herabgegangen. Seit dieser Zeit aber ist die Abnahme eine stetige und ganz erhebliche für Knaben und Mädchen, eheliche und uneheliche geworden. Es ist wohl anzunehmen, daß die bessere geburtshilfliche Versorgung durch Erhöhung der Zahl der Hilfskräfte und Verbesserung ihrer Ausbildung, daß ferner die Hebung der Kultur und die bessere Versorgung der Schwangeren einen großen Anteil an dieser Abnahme haben. Indes ist mit dieser Annahme die Frage nicht völlig geklärt; Vorgänge der Bevölkerungsbewegung, wie die Abnahme der Geburten, spielen auch mit. Im ganzen ist die Abnahme der Totgeburten seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts eine Teilerscheinung der auch für fast alle anderen Altersklassen beobachteten Abnahme der Verluste durch den Tod.

Die objektiv notwendigen und die subjektiv befriedigenden Leistungen in ihren Beziehungen zur Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung.

Von Dr. med. A. Grotjahn, Berlin.

Die Vereinheitlichung der drei großen Verwaltungskörper, die zusammen die deutsche Arbeiterversicherung ausmachen, dürfte, wenn man die Zeichen der Zeit und die Worte der letzten Thronrede richtig deutet, zwar nicht ad calendas graecas, so doch für eine Reihe von Jahren vertagt sein. Es ist also durchaus noch Zeit, den öffentlichen Meinungsaustausch über den geplanten folgenschweren Schritt der Reichsregierung zu pflegen, zumal sich aus den bisherigen zahlreichen Vorschlägen ein fester Regierungsentwurf offenbar noch nicht auskristallisiert hat. Reger als bisher müssen auch die Ärzte sich an dieser Diskussion beteiligen, denn schwerlich ist durch die bekannte Kundgebung des Ärztevereinsbundes schon alles das ausgesprochen worden, was von ärztlicher Seite über den Umbau der Versicherungsorganisation gesagt werden kann und muß.

Die Höhe der Beiträge, die die Beteiligten geben, ihre Abstufung, ihre Zulänglichkeit und ihre Verteilung zu diskutieren ist Sache der Finanzleute, Versicherungstechniker und Verwaltungsbeamten und entzieht sich der Beurteilung des Arztes. Anders verhält es sich aber mit den Leistungen, die die Versicherten entgegennehmen. Hier dürfte das Urteil der Ärzte, ohne deren Vermittlung diese Leistungen nicht erstattet werden können, von größter Wichtigkeit für die Beurteilung der jetzigen Zustände, ihrer Mängel und der erforderlichen Reformen sein.

Ein wichtiger Ausgangspunkt für derartige Betrachtungen, der bis jetzt noch nicht geäußert wurde, ist die Unterscheidung der

Leistungen in solche, die von der Notlage der Versicherten objektiv erheischt werden, und solche, die geeignet sind, die Psyche der Versicherten subjektiv zu befriedigen.

Das objektiv Notwendige der ärztlichen Leistungen ist bestimmt durch den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und der Verbreitung des ärztlichen Könnens. Die Grenzen sind hier also genau abgesteckt. Anders verhält es sich mit der subjektiven Befriedigung der Individuen, auf die sich die ärztliche Betätigung bei der Unfall-, Invaliden- und Krankenversicherung erstreckt. Irgend welche natürliche Grenzen gibt es für diese subjektiven Bedürfnisse nicht; sie können daher ins Grenzenlose wachsen, wenn nicht feste gesetzliche Normen aufgestellt werden. Es ist nun interessant zu sehen, wie sich in jeder der drei Versicherungsarten die Gebiete des objektiv Erforderlichen und des subjektiv Befriedigenden grundverschieden zueinander verhalten.

Bei der Invalidenversicherung ist der Arzt verhältnismäßig leicht in der Lage, nach objektiven Gesichtspunkten dem Rentenanwärter durch ein Attest die Rente zu verschaffen. Die Zahl der strittigen Fälle ist nicht so groß, daß sie sich nicht durch eine größere Routine in der sozialen Gutachtertätigkeit vermindern ließe. Man darf daher annehmen, daß nach längerem Bestehen der Gesetze, deren Bestimmungen erst allmählich den Ärzten in Fleisch und Blut übergehen werden, alle objektiv Berechtigten zuverlässig herausgesucht werden und die Zurückweisungen so deutlich begründet werden können, daß daraus keine subjektive Mißstimmung in den Kreisen der Versicherten entsteht. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung kann der Arzt, besonders aber der spezifisch vorgebildete Unfallsachverständige seine entscheidenden Atteste nach objektiven Merkmalen ausstellen und begründen. Subjektiv befriedigen werden sie allerdings nur in den wenigen Fällen, in denen es sich nicht um Vollrenten handelt, da der durch den Unfall dauernd Geschädigte begreiflicherweise seinen Verlust an Arbeitskraft stets höher einschätzen wird, als das durch die Rente gebotene Äquivalent beträgt. Aber diese psychische Verfassung des Unfallverletzten ist, wie die Haftpflichtprozesse in den wohlhabenden Kreisen ergeben, eine so allgemeine, von der sozialen Lage unabhängige menschliche Eigenschaft, daß an ihre Beseitigung überhaupt nicht zu denken ist und der Gesetzgeber sie deshalb notgedrungen unberücksichtigt lassen muß. Wir haben demnach als Resultat unserer Betrachtungen den Satz gewonnen, daß die

subjektive Befriedigung des Versicherten bei der Invaliden- und Altersversicherung zugleich mit der Gewährung des objektiv Erforderlichen eintritt, bei der Unfallversicherung aber als überhaupt hoffnungslos gänzlich vernachlässigt werden darf. In beiden Versicherungsarten hat der ärztliche Begutachter sein Augenmerk nur auf den objektiven Tatbestand zu lenken, auf Grund dessen dann die Versicherungsstellen die Leistungen erstatten. Die Folge davon ist ein befriedigendes Funktionieren des Verwaltungsapparates, das schon jetzt nach wenigen Jahrzehnten des Bestehens der Versicherungsgesetzgebung zu konstatieren ist und sich nach weiteren Jahrzehnten voraussichtlich noch erheblich vervollkommnen wird.

Ganz anders verhält es sich mit der Krankenversicherung. Komplizierend wirkt hier zunächst der Umstand, daß es sich nicht wie bei der Unfallversicherung um einige wenige, dafür aber eingehende Gutachten, sondern um zahlreiche kurze, nicht selten Hunderte von Malen bei der nämlichen Person sich wiederholende Begutachtungen der Arbeitsfähigkeit usw. handelt. Die Anordnungen, die der Arzt bei der Behandlung und Beurteilung der erkrankten Kassenmitglieder trifft, müssen in jedem einzelnen Falle sowohl die objektive Notwendigkeit wie auch die subjektive Befriedigung des Patienten berücksichtigen. Auch hier wird natürlich das objektiv Notwendige durch den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens und des ärztlichen Könnens bestimmt. Dagegen sind die subjektiv befriedigenden Leistungen außerordentlich fließender Natur, so daß es geboten ist, hier feste Schranken zu ziehen, wenn nicht eine Vergeudung von Geldmitteln Platz greifen soll. Als Lösungen dieser schwierigen Aufgabe bietet sich zunächst der Ausweg, die Mindestleistungen, die das Gesetz allen Kassen vorschreibt, grundsätzlich auf das objektiv Notwendige an ärztlicher Hilfe und Heilmitteln zu beschränken und die Befriedigung auch der bescheidensten subjektiven Bedürfnisse der jeder Kasse zustehenden freiwilligen Ausdehnung ihrer Leistungen zu überlassen. Dieser Weg würde vom verwaltungstechnischen und legislatorischen Gesichtspunkte aus natürlich der bequemste sein; leider ist er aus dem einfachen Grunde nicht gangbar, weil sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, die ärztliche Maßnahme in einen objektiv notwendigen und subjektiv befriedigenden Teil nicht reinlich trennen läßt. Bei den meisten Arzneimitteln, die wir Ärzte verschreiben, ja selbst bei zahlreichen chirurgischen Eingriffen ist kaum von vornherein zu sagen, ob sie objektiv geboten und eine berechen-

bare Heilwirkung ausüben oder ob sie nur auf die subjektive Befriedigung des Individuums abzielen. Vielmehr ist die ganze ärztliche Behandlung darauf gerichtet, beiden Indikationen durch ein und dieselbe Maßnahme oder durch eine Gruppe einander ergänzender Maßnahmen gerecht zu werden. Der zuständige § 6 des geltenden Krankenversicherungsgesetzes hütet sich denn auch wohl, eine derartige Trennung vorzunehmen, indem er als Mindestleistungen außer dem Krankengelde „vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ zusagt. Diese dehnbaren Bestimmungen haben sich aber in der mehr als zwanzigjährigen Praxis nicht bewährt, sondern zu Auswüchsen geführt, die bei einer Umgestaltung unbedingt beseitigt zu werden verdienen. Man wird bei dieser Umgestaltung davon ausgehen müssen, daß man außer den objektiv notwendigen Leistungen zwar auch wichtige, auf die subjektive Befriedigung gerichtete konzedieren darf, daß man aber letztere genau umschreiben muß, damit es nicht mehr wie gegenwärtig passieren kann, daß für Bagatellsachen Mittel aufgebraucht werden, die nachher für die wichtigen Aufgaben fehlen. Zu den objektiv notwendigen Leistungen gehört 1. ein tunlichst hohes Krankengeld, 2. ärztliche Behandlung und 3. Heilmittel in allen ernsten Krankheitsfällen. Dagegen erscheint es von zweifelhaftem Nutzen, daß das Gesetz den Krankenkassen angewöhnt hat, den Versicherten sämtliche Hausmittel, Einreibungen, Bäder usw. gratis zu liefern. Diese Verpflichtung hat sehr viel dazu beigetragen, das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenpatient einerseits, zwischen Arzt und Kassenvorstand andererseits zu vergiften. Die Bewilligung dieser ganz auf Befriedigung der subjektiven Bedürfnisse der Bevölkerung gerichtete Anforderungen nach Hustenpillen, Bleichsuchtsmittel, Rheumatismus-Einreibungen, Milchlieferungen und Landaufenthaltsgewährung usw. würde sich nämlich gar nicht durchführen lassen, wenn nicht die Kassenvorstände mit allen möglichen kleinen Verwaltungstrics und besonders durch Druck auf den Arzt, nicht zu viel hiervon zu gewähren, die Gewährung indirekt einzuschränken oder zu verhindern wüßten.

Die Kassenärzte sind jetzt in der fatalen Lage, zwar alles bewilligen zu können, aber durch Kontrollmaßregeln, von dessen Lästigkeit man sich außerhalb der ärztlichen Kreise keine Vorstellung macht, doch in der Bewilligung nach Kräften gehindert zu sein.

Besonders verhängnisvoll hat die gesetzliche Verpflichtung zur

uneingeschränkten Lieferung von Heilmitteln gewirkt. Sie hat der kassenärztlichen Sprechstunde jede Würde geraubt. Es gehört z. B. nicht zu den Seltenheiten, daß den beschäftigten Kassenarzt in einer Sprechstunde 10—15 gesunde Personen, meistens weiblichen Geschlechts, aufsuchen, um sich ein Mittel gegen einen einfachen Erkältungshusten verschreiben zu lassen. Es ist natürlich ausgeschlossen, daß der Kassenarzt jeder dieser Personen eine gründliche Lungenuntersuchung angedeihen lassen kann: es wird also jedem ein Rezept eingehändigt, um das Wartezimmer so schnell als möglich zu leeren. Außer diesen harmlosen Erkältungen gibt es ja nun noch unzählige Arten der Unpäßlichkeit und des körperlichen Unbehagens, für die der kassenärztliche Apparat in Bewegung gesetzt wird. Leider gibt es noch keine Statistik, aus der das numerische Verhältnis der Bagatellsachen zu den ernsthaften Erkrankungen zu ersehen wäre. Der Schreiber dieser Zeilen nimmt auf Grund seiner früheren Erfahrungen als beschäftigter Berliner Gewerksarzt an, daß etwa drei Viertel aller Sprechstundenfälle ohne ärztliche Hilfe gesund werden und den Arzt gar nicht aufsuchen würden, wenn sie ihn honorieren oder die verschriebene Arznei oder wenigstens die Hälfte derselben zu bezahlen verpflichtet wären. Das großstädtische Kassenpublikum passiert das Sprechzimmer des Kassenarztes mit der nämlichen Leichtigkeit wie etwa eine öffentliche Bedürfnisanstalt. Die Folge ist, daß der ganze Betrieb verflacht und der Ernst und die Würde der ärztlichen Tätigkeit sich in die Krankenhäuser, Polikliniken, und zu jenen sich mehrenden Ärzten, die grundsätzlich keine Kassenpraxis betreiben, flüchtet. Übrigens entspricht die unbeschränkte Gewährung der Heilmittel keineswegs dem Grundgedanken jeder Versicherung, die doch die Abwälzung einer für das Individuum schwer erträglichen Last auf die Gesamtheit bezweckt. Es wird kaum jemand behaupten wollen, daß eine dem Arbeiterstande angehörige Person nicht imstande wäre, ihre Hausmittel, Hustenpillen, Einreibungen, Bäder usw. und eventuell auch die erste Konsultation, in der festzustellen wäre, ob es sich um eine Bagatellsache oder um eine wirkliche Krankheit handelt, aus eigener Tasche zu bezahlen. Daß die Beschränkung der Lieferung der Heilmittel auf Fälle von längerer und ernster Erkrankung ein vorzügliches Mittel sein würde, die Finanzen der Kasse zu sanieren, dem kassenärztlichen Dienst seine Würde wiederzugeben und das aus zahlreichen anderen Gründen dringend nötige System der freien Arztwahl zu ermöglichen, pflegt in den Kreisen der sachverständigen

Kassenbeamten und Arzte[1]) bekannt zu sein. Leider ist diese Forderung so unpopulär, daß keine der augenblicklich miteinander hadernder Interessentengruppen der Ärzte oder der Kassenvorstände sie zu diskutieren wagt. Um so mehr ist es die Pflicht aller. die die junge Disziplin der sozialen Medizin nach sachlichen und wissenschaftlichen Grundsätzen pflegen, diese Forderung in die Diskussion zu werfen. Übrigens brauchte sich der Gesetzgeber kaum zu genieren, auf dem Gebiete der Heilmittellieferung die Leistungen der Krankenversicherung zu beschneiden, da er es ja in der Hand hat, auf der anderen Seite z. B. durch Einführung der freien Arztwahl oder der Familienversicherung die Leistungen zu erhöhen.

Das Recht, seinen Arzt frei zu wählen, ist für das Kassenmitglied natürlich auch nicht objektiv notwendig, gehört aber zu den für die subjektive Befriedigung äußerst wichtigen Leistungen. Denn weil der Beitritt zu einer Kasse nicht freiwillig sondern obligatorisch ist, so muß der Patient doch wenigstens die Möglichkeit haben, sich den Arzt seines Vertrauens wählen zu dürfen. Es trifft sich daher für den Gesetzgeber gut, daß das Zugeständnis der freien Arztwahl, das in Zukunft schon deswegen gesetzlich garantiert werden muß, weil es das einzige korruptionsfreie System der ärztlichen Anstellung darbietet, zugleich auch ein wichtiges Moment ist, das kranke Individuum subjektiv zu befriedigen. Die gegen die Einführung der freien Arztwahl geltend gemachten Gründe sind entweder bereits an sich hinfällig oder würden es werden, wenn die eben befürwortete Einschränkung der grenzenlosen Gewährung von Heilmitteln Gesetz würde. Diese Beschränkung und die technisch durchaus mögliche Ausscheidung aller Bagatellsachen würde auch den Weg zur Einbeziehung der Familie des Arbeiters in die Krankenversicherung bahnen helfen. Die Einbeziehung der Familie des Arbeiters in die Krankenversicherung in irgend einer Form würde in erster Linie natürlich sachlich zu begrüßen sein, sodann aber auch dazu dienen, die Ausscheidung der Leistungen zur Befriedigung mancher liebgewordenen Bedürfnisse, die jetzt überflüssigerweise im Rahmen der Krankenkasse vor sich geht, schmackhaft zu machen. Es kommt eben bei einer Reform der Krankenversicherung darauf an, die Bagatellen herauszubringen und so Mittel zur Lösung großer Aufgaben zu gewinnen.

[1]) Vgl. J. Busch, Die freie Arznei der Krankenkassen. Ärztliches Vereinsblatt, Nr. 448, 1903.

Die Einführung der Familienversicherung dürfte aber doch wohl die größte Aufgabe sein, die sich eine zukünftige Reform der Krankenversicherung zu stellen hat. Würden wir doch damit endlich die Kinder zum Anschluß an die Segnungen des sozialen Versicherungswesens bringen.

Um nach dieser Abschweifung wieder auf die Frage der Vereinheitlichung der Versicherungsgesetzgebung zurückzukommen, sei konstatiert, daß im Gegensatz zur Invaliden- und Unfallversicherung die subjektive Befriedigung der Versicherten bei der Krankenversicherung nicht außer acht gelassen werden darf, daß jedoch gegenwärtig eine gesetzliche Umgrenzung dessen, was den Kassenmitgliedern zur Befriedigung subjektiver Bedürfnisse eingeräumt werden kann, noch vollkommen fehlt und daß deshalb — wie übrigens noch aus anderen Gründen, die nicht ärztlicher sondern verwaltungstechnischer Natur sind — der ganze Apparat der Krankenversicherung mit einer einstimmig zugegebenen Mangelhaftigkeit funktioniert. Würden die drei Versicherungskörper so, wie sie jetzt sind, verschmolzen, so würde voraussichtlich die Krankenversicherung dazu beitragen, die geordneten Verhältnisse der beiden anderen Versicherungskörper in Verwirrung zu bringen. Wenn vom verwaltungstechnischen Gesichtspunkte aus eine Verschmelzung notwendig ist, so muß dieser zunächst eine Sanierung des Krankenkassenwesens vorausgehen, die hauptsächlich darin zu bestehen hätte, daß ein Gleichgewicht zwischen den objektiv notwendigen und den subjektiv befriedigenden Leistungen geschaffen und die letzteren durch gesetzliche Paragraphen genau umschrieben würden.

Der Umstand, daß in der Krankenversicherung das subjektive Moment eine so große Rolle spielt, verdient auch besondere Beachtung bei der Entscheidung, ob und wie weit Selbstverwaltung zu gewähren sei. Leider wird ja in der Diskussion dieser Frage meistens nur der politische Gesichtspunkt berücksichtigt und vergessen, daß die Selbstverwaltung einen ganz besonderen, ihr eigentümlichen Vorzug besitzt, der mit der Politik in keiner Verbindung steht. Das Beispiel der angelsächsischen Länder, in denen das Prinzip der Selbstverwaltung in der denkbar weitesten Ausdehnung zur Anwendung kommt, zeigt uns nämlich, daß alle möglichen verwaltungstechnisch unvermeidbaren Unbequemlichkeiten, Mängel und Übelstände von der Bevölkerung mit Leichtigkeit ertragen werden, wenn die Behörden, von denen diese Mängel ausgehen, aus der Bevölkerung selbst hervorgegangen und von ihr

gewählt sind. Die subjektive Befriedigung ist selbst bei mangelhaftem Funktionieren unter der Selbstverwaltung eine erheblich größere, als wenn eine autoritäre Behörde, welche keinen inneren Zusammenhang mit der Bevölkerung hat und ihr durch höhere Gewalt verordnet ist, direkt mit der Bevölkerung in Verbindung tritt. Diese Erfahrung darf bei einer Neuordnung des Versicherungswesens, speziell der Krankenversicherung nicht außer Augen gelassen werden. Es war eine weise und in ihren Folgen für die Durchführbarkeit der Versicherungsgesetze überaus heilsame Tat, daß bei Inaugurierung des deutschen Versicherungswesens der direkte Anschluß der Versicherungsorganisation an die Staatsbehörden vermieden wurde und eigene Verwaltungskörper eingerichtet worden sind. Es war doppelt weise, diese Selbstverwaltung in der Krankenversicherung in besonders weitherzigem Maße zu gewähren. Es würde ein verhängnisvoller Fehler sein und einen bedauerlichen Mangel an Kaltblütigkeit gegenüber dem politischen Radikalismus verraten, bei einer Neuordnung diese bereits eingebürgerte Selbstverwaltung zu beschränken. Kranke, verkrüppelte und sieche Personen gehören, wie verständlich ist, nicht zu den Individuen, die leicht zufrieden zu stellen sind. Der Arzt macht diese Beobachtung schon in den höheren Gesellschaftsschichten, um so weniger kann es uns wundern, daß es in den materiell schlecht gestellten Kreisen, wo die Individuen durch Krankheit, Unfall oder Invalidität schnell aus dem ökonomischen und damit unfehlbar auch aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht werden, der Fall ist. Die Beamten, mit denen die Kassenmitglieder gegenwärtig in unmittelbare Verbindung treten, stammen aus ihrer Mitte und sind von ihnen selbst gewählt. Unwille, Auflehnung und Tadel wird sich gegen sie nicht so leicht erheben als wie etwa gegen unmittelbare Staatsbeamte und die Unzuträglichkeiten im Verkehr werden schneller ausgeglichen werden, als wenn Staatsbeamte die Verwaltungsgeschäfte erledigen.

Faßt man zum Schluß die Ergebnisse, die sich aus der Betrachtung der Leistungen des Versicherungswesens nach dem Gesichtspunkte ihrer objektiven Notwendigkeit und der in ihrem Gefolge zu erhoffenden subjektiven Befriedigung der Versicherten ergeben, zusammen, so gelangt man etwa zu folgenden Leitsätzen:

1. Bei der Invaliden- und Unfallversicherung steht die objektive Notwendigkeit der Leistungen durchaus im Vordergrund, während bei der Krankenversicherung auch ein gewisses Maß von sub-

jektiver Befriedigung durch die gesetzlich festgelegten Mindestleistungen angestrebt werden muß.

2. Die fehlende Abgrenzung der auf subjektive Befriedigung abzielenden Leistungen im geltenden Krankenversicherungsgesetz hat das mangelhafte Funktionieren des Krankenkassenwesens verschuldet.

3. Einer Zusammenlegung der drei Versicherungsarten muß eine innere Reform der Krankenversicherung vorausgehen.

4. Die trotz aller Fürsorge im Versicherungswesen niemals ganz zu erreichende subjektive Befriedigung der einzelnen Individuen muß dadurch kompensiert werden, daß das Prinzip der Selbstverwaltung bis zu der verwaltungstechnisch möglichen Grenze im Versicherungswesen, insbesondere im Bereiche der Krankenversicherung zur Anwendung gebracht wird.

Die Betriebskosten der öffentlichen Heilanstalten und die Verpflegungssätze für Kranke.

Von Geh. Medizinalrat Professor Dr. A. GUTTSTADT,
Mitglied des Kgl. preuß. Statistischen Landesamts Berlin.

Die erforderlichen Anstalten zur Heilung und Versorgung von armen Kranken, Irren und Siechen aus öffentlichen Mitteln zu errichten und zu unterhalten, beruht auf der gesetzlichen Verpflichtung der Selbstverwaltung der politischen Gemeinden im Deutschen Reiche. Die Reichsgesetzgebung erklärt durch die Gewährung der Freizügigkeit das Vaterland in seiner Gesamtheit als eine wirtschaftliche Heimat und hat durch das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 bzw. 12. März 1894 die gesetzliche Pflicht den zuständigen Selbstverwaltungsorganisationen auferlegt, jedem hilfsbedürftigen Deutschen oder Ausländer die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren und geeigneten Falles für die Unterbringung in einem Krankenhause, in einer Irrenanstalt usw. zu sorgen. Jeder Bundesstaat hat aber das Recht und die Pflicht, Aufsicht über die Anstalten zu führen, Mängel und Mißbräuche in denselben aufzudecken und deren Beseitigung zu veranlassen.

Die wirtschaftliche, soziale Verpflichtung in ihrer segensreichen Wirksamkeit geht aus folgenden Bestimmungen hervor. „Wenn Personen, welche gegen Lohn oder Gehalt in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen, oder deren ihren Unterstützungswohnsitz teilende Angehörige, oder wenn Lehrlinge am Dienst- oder Arbeitsorte erkranken, so hat der Ortsarmenverband dieses Ortes die Verpflichtung, den Erkrankten die erforderliche Kur und Verpflegung zu gewähren“ (§ 29 des angeführten Gesetzes). Im Anschluß an dieses Reichsgesetz ist für Preußen das Gesetz vom 11. Juli 1891 hervorzuheben, das in Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den

Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 folgende Bestimmungen getroffen hat: „Die Landarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltsfürsorge bedürfen, in **geeigneten Anstalten** Fürsorge zu treffen" (§ 31). Welche finanzielle Tragweite diese Verpflichtung für die Ausgaben der Gemeinden hat, lehrt beispielsweise folgende Tatsache. Als das Gesetz in Kraft trat, am 1. April 1893 wurden mit einem Male dem Landarmenverband der Rheinprovinz 5048 Hilfsbedürftige überwiesen, die sich in 156 Anstalten befanden. Welchen segensreichen Einfluß die soziale Gesetzgebung der Krankenversicherung auf die Krankenhausfürsorge ausgeübt hat, beweist das Anwachsen folgender Zahlen. Im Jahre 1876 gab es im Deutschen Reiche 3000 Anstalten für Kranke usw. mit 140 000 Betten, während im Jahre 1900 bereits über 6300 Anstalten dieser Art mit 370 000 Betten eingehende Nachrichten veröffentlicht[1]) werden konnten. Allein in Preußen sind in 2229 „allgemeinen Heilanstalten" mit 125 000 Betten 934 000 Kranke im Jahre 1904 behandelt worden, während im Jahre 1876 die Zahl der Verpflegten nur 206 000 in 1021 allgemeinen Heilanstalten betragen hat.

Eine weitere Vermehrung der Krankenhäuser wird künftig nicht allein durch die zunehmende Bedeutung der Krankenversicherung der Personen mit einem Einkommen bis 2000 M. jährlich, sondern auch durch die nunmehr gesetzlich geregelte Bekämpfung der Volkskrankheiten sicher stattfinden. Das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 betr. die Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, des Fleckfiebers, der Pest und der Pocken und das preußische Gesetz vom 28. August 1905 betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, wie Diphtherie, Genickstarre, Scharlach Typhus, Syphilis, Kindbettfieber usw., schreiben nämlich eine zwangsweise Überführung von Kranken in geeignete Heilanstalten erforderlichen Falles vor, so daß unter Umständen einzelne Gemeinden zur Errichtung von Heilanstalten gezwungen werden. Ferner ist eine wesentliche Steigerung der Zahl der Anstalten und der Betten für Kranke und Gebrechliche im Jahre 1906 zu erwarten, weil zur Feier der silbernen Hochzeit Ihrer Kaiserlichen Majestäten ein erfreulicher Wetteifer der Bevölkerung im ganzen Deutschen Reiche

---

[1]) Vgl. Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich, herausgegeben vom Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Guttstadt. Verlag von Georg Reimer, Berlin 1900.

sich zeigt, der Sympathie für dieses Ereignis im Sinne des Kaisers und der Kaiserin durch Errichtung derartiger Anstalten Ausdruck zu geben. Wie bei dieser Gelegenheit ist übrigens in neuerer Zeit der Wohltätigkeitssinn gerade auf das Gebiet der Krankenhausfürsorge in einer Weise gelenkt worden, daß seine Leistungen diejenigen des Mittelalters, die oft als unerreicht hingestellt werden, vollständig in den Schatten stellen.

Aber die Schöpfungen der Barmherzigkeit für die Kranken und Siechen im Mittelalter enthalten auch eine Warnung, die nicht genug beachtet wird. Zahlreiche Anstalten dieser Art haben nicht dauernd bestehen können, weil die bereit gestellten Geldmittel die Errichtung der Anstalten zwar ermöglichten, aber ihren Betrieb nicht immer sicherten. Die Annahme, die auch heute noch anzutreffen ist, daß solche Anstalten, wenn sie erbaut und ausgestattet sind, durch die ihnen zufließenden Einnahmen auch in ihrem Betriebe erhalten bleiben, erweist sich oft genug als irrig. Dafür dürfte eine kurze Erörterung der Krankenhausverhältnisse den Beweis liefern.

Während im allgemeinen zum Nutzen der Bevölkerung errichtete Anstalten, auch wenn sie Unternehmungen auf öffentliche Kosten sind, finanziell durch ihre berechtigten Einnahmen sich mindestens erhalten oder auch sogar zu Einnahmequellen für öffentliche Kassen werden, nehmen Heilanstalten, die als öffentliche bezeichnet werden, in dieser Beziehung eine andere und abweichende Stellung ein. Bei der Errichtung dieser Anstalten ist eine Gewinnerzielung durch ihren Betrieb nicht beabsichtigt; sie sollen nur dem allgemeinen öffentlichen Nutzen dienen. Darunter ist indes zu verstehen, daß nur der armen und minder bemittelten Bevölkerung die Benutzung dieser Anstalten gesichert sein soll. Die Kranken, welche der öffentlichen Armenpflege anheimfallen, müssen unentgeltlich aufgenommen, verpflegt und ärztlich behandelt werden. Die Gemeinden, denen die Heilanstalten gehören, haben die Kosten für ihre darin verpflegten Ortsarmen vollständig zu tragen. Werden aber arme Kranke aus anderen Gemeinden dort verpflegt, so haben die Gemeinden oder Armenverbände, in denen der Verpflegte seinen gesetzlichen Unterstützungswohnsitz hat, die entstandenen Kosten zu ersetzen. Die Ersetzung der Kosten erfolgt jedoch nicht in der Höhe der entstandenen Selbstkosten für den Verpflegten, auch nicht in der Höhe des Verpflegungssatzes, der als maßgebend für die billigste Verpflegungsklasse von der Krankenhausverwaltung festgesetzt ist, sondern nach einem Tarif, der z. B. für Preußen

durch den Ministerialerlaß vom 2. Juli 1876 festgesetzt ist und nur 60 oder 80 Pf. oder 1 M. für den Tag beträgt. Es liegt auf der Hand, daß durch einen solchen Geldbetrag die Kosten für die Verpflegung und die ärztliche Behandlung eines Kranken kaum an einem Orte gedeckt werden, insbesondere nicht in den größeren Städten, in deren Heilanstalten viele Arme, die Ortsfremde sind, ärztliche Hilfe finden. Für diese Kranken haben demnach die Städte mit Krankenhäusern erhebliche Zuschüsse zu leisten.

Dazu tritt nun die überaus große Zahl von Kranken, welche der wenig bemittelten Bevölkerung angehören und für einen von der zuständigen Verwaltung festgesetzten Verpflegungssatz Aufnahme finden, der ebenfalls nicht unerheblich hinter demjenigen Betrage zurückbleibt, welchen durchschnittlich ein Kranker täglich in einer öffentlichen Heilanstalt kostet.

In der folgenden Tabelle führen wir die Selbstkosten für einen Kranken und einen Verpflegungstag allein nach den Kosten für den Betrieb vor neben dem zu zahlenden täglichen Verpflegungssatz in 195 allgemeinen Heilanstalten in 92 Städten mit Einschluß der Universitätskliniken im Jahre 1903.

Übersicht über die Selbstkosten für einen Verpflegungstag — ohne Verzinsung des Anlagekapitals — und den Verpflegungskostensatz, der verlangt wird, in 195 Heilanstalten.

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
I. Universitätsstädte.						
1. Berlin.						
Königliche Charité	1628 068	1 655	19 121	484 377	3,36	2- -2,50
Königl. Klinikum, Ziegelstraße .	353 723	288	2 124	86 030	4,11	2,50—3,00
Königl.Frauenklinik, Artilleriestr.	220 737	144	2 192	41 117	5,37	2,50
Städtische Krankenhäuser:						
Friedrichshain	987 288	940	11 286	298 787	3,30	2, 2,50 u. 3,00
Moabit	983 091	935	9 984	282 201	3,48	„
Urban . , ...	744 440	712	9 261	236 034	3,15	„
Gitschinerstraße	141 591	152	1 905	48 106	2,94	„
Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus . . .	138 369	240	2 734	58 770	2,35	„
Zentr.-Diakonissenhaus Bethanien	384 003	408	2 883	103 097	3,72	1,50 u. 2,50
Paul-Gerhardt-Stift	91 353	137	993	35 630	2,56	1,75 u. 2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
Elisabeth-Kinderhospital . . .	60 902	90	605	26 222	2,40	1,50
St. Hedwig-Krankenhaus . . .	489 660	540	6 045	169 723	[1]2,89	2,50
Krankenhaus der jüd. Gemeinde	218 762	157	1 689	53 840	4,06	2,50
Augusta-Hospital	181 687	165	1 763	52 591	3,45	1,50 u. 2,50
2. Charlottenburg.						
Städtisches Krankenhaus . . .	523 503	538	4 487	163 953	3,19	1,50, 2 u. 3,00
3. Bonn (Köln).						
Klinische Institute der Universität (ohne Augenklinik)	407 201	405	3 748	144 184	2,82	0,70—1,70
Friedrich Wilhelm-Stiftung . .	127 467	150	1 307	41 069	3,10	1,70
Hospital zum heiligen Johannes	133 264	252	1 432	61 001	2,18	1,50
4. Breslau (Breslau).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken	516 402	472	7 691	168 821	3,06	0,90—1,50
Hospital zu Allerheiligen . . .	581 312	812	7 930	226 213	2,57	1,50
Wenzel Hanckesches Krankenhaus	144 195	236	1 157	61 283	2,35	1,50
Evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt Bethanien . . .	190 603	150	1 654	48 826	3,90	nach Vermögen
Diakon.-Krankenhaus Bethesda .	37 468	80	894	22 722	1,65	2,00
Krankenhaus d Elisabethinerinnen	101 500	229	2 383	63 844	1,59	1,00
St. Josef-Krankenhaus	180 160	170	2 156	58 218	3,09	1,25
Krankenhaus der barmherzigen Brüder	201 788	272	3 515	86 289	2,34	1,25
Malteser-Kinderhospital zur heil. Anna	12 711	80	428	12 552	1,01	0,80
Augusta-Hospital	85 889	44	492	10 940	7,85	2,00
Israelitische Anstalt (Fraenckelsches Hospital)	55 581	50	522	14 575	3,81	0,40
5. Göttingen (Hildesheim).						
Vereinigte Universitätskliniken (ohne Augenklinik)	399 692	369	4 338	92 414	4,33	1, 1,60—2,00
Städtisches Krankenhaus . . .	10 790	40	187	9 694	1,11	1,00
Alt Mariahilf, Krankenhaus der barmherzigen Schwestern . .	4 450	16	190	1 976	2,25	0,75 u. 1,50
Neu Mariahilf, Krankenhaus der barmherzigen Schwestern . .	42 973	30	418	8 024	5,36	3,00
6. Greifswald (Stralsund).						
Medizinische und Chirurg. Klinik	217 776	232	3 626	96 078	2,27	1,20—1,80
Frauen-Klinik	76 575	88	851	22 859	3,35	1,20
Augen-Klinik	39 199	63	776	16 995	2,31	1,20—1,80
7. Halle a. S. (Merseburg).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken	533 892	483	8 026	190 669	2,80	1,25—1,85
Siechenhausstiftung	56 591	176	261	55 243	1,03	1,00
St. Elisabeth-Krankenhaus . .	34 550	90	1 112	28 710	1,20	1,75
Kranken- u. Genesungshaus „Bergmannstrost“	342 364	276	2 555	92 394	3,71	1,00—2,00

[1] Die außerordentlichen Ausgaben im Jahre 1902 mit mehr als 600000 M. sind bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
8. Kiel (Schleswig).						
Vereinigte Universitäts-Kliniken (ohne Irrenklinik)	460 673	526	5 586	155 049	2,97	1,50—2,00
Städtisches Kranken- u. Armenhaus	156 438	229	1 925	63 425	2,47	2,00
Anschar-Schwestern- u. Krankenhaus	106 580	92	714	18 942	5,63	1,00 - 2,50
9. Königsberg i. Pr. (Königsberg).						
Medizinische Klinik	95 843	111	1 448	39 156	2,45	1,00—1,50
Chirurgische Klinik	194 752	123	1 219	36 475	5,34	0,50—2,00
Frauen-Klinik	137 727	103	1 666	40 987	3,36	1,50
Augen-Klinik	80 270	52	689	17 691	4,54	1,00—1,50
Städtische Krankenanstalt	204 700	457	3 584	98 346	2,08	1,50 - 3,00
Krankenhaus der Barmherzigkeit	407 391	330	2 804	114 484	3,56	1,50
10. Marburg (Kassel).						
Medizinische Klinik	85 457	108	1 277	33 264	2,57	1,25—1,50
Chirurgische Klinik	101 235	124	1 603	37 610	2,69	1,50
Frauen-Klinik	64 935	74	707	17 857	3,64	0,75—1,50
Augen-Klinik	33 223	40	739	11 481	2,89	1,50
II. Andere größere Städte.						
11. Cöln (Cöln).						
Bürgerhospital	346 544	490	4 359	129 965	2,67	1,20, 2 u. 3,00
Augustahospital	380 136	479	6 005	120 556	3,15	2—3,00
St. Josef-Hospital	30 335	90	303	8 333	3,64	0,80—1,00 u. unentgeltlich
Israelitisches Asyl für Kranke und Altersschwache	66 000	44	571	12 486	5,29	1,50—2,00
12. Frankfurt a. M. (Wiesbaden).						
Städtisches Krankenhaus	630 100	789	6 906	190 615	3,31	1,50—3,00
Hospital zum heiligen Geist	306 833	280	2 533	65 980	4,65	1,00—1,75
Städtisches Kranken- u. Siechenhaus	23 941	25	269	6 516	3,67	1,50—2,00
Städtisches Armen- u. Siechenhaus	173 391	160	429	53 928	3,22	1,50
Frankensteiner Hof	18 969	50	270	4 365	4,35	1,50
Krankenpflege-Institut des Vereins vom roten Kreuz	96 055	32	473	5 279	1,82	1,75
13. Hannover (Hannover).						
Städtisches Krankenhaus I	622 972	488	5 235	149 663	4,16	2,30—3,00
Städtisches Krankenhaus II	138 383	200	1 763	32 615	4,24	2—2,50
Henriettenstift	262 790	141	1 480	45 529	5,77	1,00—1,75
St. Vincenz-Stift	74 570	130	1 601	32 685	2,29	1,50—1,70
14. Magdeburg (Magdeburg).						
Städtische Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg	302 769	592	4 298	121 630	2,49	1,80—3,00

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
Städt. Krankenanstalt Altstadt	410 310	718	5 763	164 640	2,49	1,80—3,00
Hospital Schwiesau. Krankenhaus	21 584	68	399	8 848	2,44	1,80
Bethanien	58 602	70	137	21 348	2,75	1,50
15. Düsseldorf (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	230 985	386	1 837	55 840	4,14	2,00
Marien-Hospital	244 500	380	2 981	110 994	2,20	2,00
St. Josef-Krankenhaus	57 000	70	895	23 140	2,46	2,00
16. Stettin (Stettin).						
Städtisches Krankenhaus	569 781	566	5 884	167 091	3,41	1,75—2,25
Kinderheil- u. Diakonissenanstalt	36 300	80	810	20 560	1,77	0,60
17. Altona (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus	414 070	516	4 559	133 644	3,10	2,50 1,50—2,00 für Kinder
18. Elberfeld (Düsseldorf).						
Städtische Kranken-Anstalten	317 955	520	3 868	119 628	2,66	1,20—1,70
Bürgerkrankenhaus	48 081	90	610	15 204	3,16	1,75—2,25
St. Josef-Hospital	89 363	207	2 315	62 552	1,43	1,25—1,50
Krankenhaus Bethesda	28 500	50	749	19 800	1,44	1,25—1,75
Hospital d. Vaterl. Frauenvereins	56 473	55	388	13 959	4,05	1,20—1,50
19. Dortmund (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus Luisenhospital	247 616	420	4 258	125 458	1,97	1,00—2,50
20. Barmen (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus und Reserve-Krankenhaus	280 042	327	2 938	100 234	2,79	1,50—1,80
St. Petrus-Krankenhaus	46 594	100	1 124	26 737	1,74	1,50
21. Danzig (Danzig).						
Stadtlazarett am Olivaertor	192 138	235	2 833	73 397	2,62	1,50—2,00
Stadtlazarett in der Sandgrube	166 414	210	2 479	66 855	2,49	1,50—2,00
St. Marien-Krankenhaus	107 524	282	1 549	45 261	2,38	1,50
Diakonissen-Kranken- u. Mutterhaus	205 776	187	1 510	45 218	4,55	1,50
22. Aachen (Aachen).						
Städt. Krankenhaus „Mariahilf“	343 845	394	4 710	105 261	3,27	1,50—2,00
Luisenhospital	142 185	194	1 562	40 813	3,48	1,50—2,00
Marienhospital	78 944	170	1 153	46 637	1,69	.
23. Essen (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	186 587	280	3 291	92 759	2,01	1,75
24. Posen (Posen).						
Städtisches Krankenhaus	307 140	350	2 917	90 803	3,38	1,40—2,50
Krankenanstalt der barmherzigen Schwestern	84 773	171	1 272	43 388	1,95	1,20—1,40

Städte (Regierungsbezirke). Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz der verlangt wird M.
1	2	3	4	5	6	7
Jüdisches Kranken- u. Siechenhaus	69 000	55	400	14 647	4,71	1,40–2,00
St. Josef-Kinder-Heilanstalt . .	19 517	50	495	18 264	1,07	unentgeltlich
25. Crefeld (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus . . .	193 112	405	.	91 710	2,11	1,25
Handwerker-Krankenanstalt . .	15 698	50	360	5 871	2,67	.
26. Kassel (Kassel).						
Landkrankenhaus	335 267	368	3 844	112 659	2,98	1,00—1,25
Krankenpflegeanstalt vom roten Kreuz	97 758	85	1 206	25 539	3,83	1,50
Elisabeth-Krankenhaus	22 600	40	455	9 403	2,40	2,00
27. Duisburg (Düsseldorf).						
Diakonen-Krankenhaus	102 160	241	1 545	42 190	2,42	1,50
28. Rixdorf (Potsdam).						
Städtische Krankenanstalt . . .	38 536	58	503	15 013	2,57	2,50
29. Erfurt (Erfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	168 531	266	1 947	69 873	2,41	1,50
30. Görlitz (Liegnitz).						
Städtisches Krankenhaus . . .	59 447	140	1 188	40 171	1,48	1,00—1 75
31. Bochum (Arnsberg).						
Augusta-Krankenanstalt, Evangelisches Krankenhaus . . .	181 480	320	2 455	69 663	2,61	2,00
Krankenhaus Bergmannsheil . .	321 410	220	2 669	76 104	4,22	1,00—1,75
32. Spandau (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	191 488	264	1 984	77 099	2,48	1,00
33. Münster i. Westf. (Münster).						
Ev. Krankenhaus „Johannisstift“	24 100	76	534	18 709	1,29	1,00—1,50
Klemens-Hospital	126 214	290	2 121	57 424	2,20	1,00—1,50
34. Bielefeld (Minden).						
Städtisches Krankenhaus . . .	118 739	195	1 246	46 658	2,54	1,75
St. Franciskus-Hospital	36 497	90	563	22 015	1,66	1,75
35. Frankfurt a. O. (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	133 597	242	1 721	50 069	2,66	1,60—2,75
Kranken- u. Diakonissenanstalt .	82 732	90	716	24 930	3,32	1,80
36. Potsdam (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	133 212	273	1 995	63 745	2,09	1,50
Augusta Victoria-Krankenhaus .	20 490	24	155	5 501	3,72	3,00—3,50
Eisenhart'sche Heilanstalt . . .	16 771	46	142	7 983	2,10	1,50—1,75

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
37. Remscheid (Düsseldorf).						
Städtisches Evang. Krankenhaus	92 773	168	951	35 092	2,64	1,50—2,00
38. München Gladbach (Düsseldorf).						
Evang. Krankenhaus „Bethesda"	29 613	68	385	12 308	2,40	1,50—2,00
Katholisches Krankenhaus „Maria Hilf"	79 244	229	1 497	37 545	2,11	1,50 u. 2,00
39. Königshütte i. Ob. Schles. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	23 043	94	993	23 142	1,00	1,00
St. Hedwigs-Stift	20 700	100	353	15 646	1,32	1,50
40. Liegnitz (Liegnitz).						
Städtisches Krankenhaus . . .	95 211	113	1 040	29 184	3,26	1,25
Diakonissen-Krankenhaus . . .	19 377	41	461	10 500	1,85	1,00
41. Elbing (Danzig).						
Städtisches Krankenstift . . .	47 924	95	1 028	29 230	1,64	1,50
Diakonissen-Krankenhaus . . .	58 125	62	343	12 735	4,56	1,50
42. Gleiwitz (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	60 113	100	883	22 769	2,64	1,00
43. Bromberg (Bromberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	33 437	86	642	15 038	2,22	1,75—2,00
Evangelische Diakonissen-Anstalt	48 753	72	754	19 167	2,54	2,00
St. Florian-Kinderkrankenhaus .	6 074	22	148	5 368	1,13	unentgeltlich
44. Osnabrück (Osnabrück).						
Städtisches Krankenhaus . . .	128 341	214	1 660	45 487	2,82	1,20
Marien-Hospital	33 068	132	839	24 768	1,42	0,75—1,50
45. Beuthen i. Ob. Schl. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	83 240	200	1 290	47 522	1,75	1,50
46. Hagen (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	82 535	141	1 157	38 622	2,14	1,75
St. Josef-Hospital	38 820	57	453	16 354	2,37	1,75
47. Brandenburg a. H. (Potsdam).						
Städtisches Krankenhaus . . .	105 165	140	1 158	30 635	3,43	1,75
48. Harburg (Lüneburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	138 148	218	1 369	43 796	3,15	2,20—2,70
49. Solingen (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus . . .	76 595	178	961	38 322	2,00	1,50—2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
50. Koblenz (Koblenz).						
Bürger-Hospital	194 300	463	2 551	67 129	2,89	1,50—2,00
Krankenhaus des Evangelischen Stifts St. Martin	57 124	98	967	26 688	2,14	1,50
Krankenhaus der barmherzigen Brüder	75 887	100	836	21 517	3,53	1,50—2,50
51. Mülheim a. Rh. (Köln).						
Städtisches Krankenhaus	61 300	128	1 112	29 938	2,05	1,80—2,00
52. Trier (Trier).						
Krankenanstalt der vereinigten Hospitien	77 371	487	624	43 187	1,79	1,50
Evangelisches Krankenhaus	21 687	62	261	11 848	1,83	1,50
53. Hildesheim (Hildesheim).						
Städtisches Krankenhaus	189 745	226	1 632	46 860	4,05	1,60—2,00
Städtische Armenanstalt	36 421	79	390	19 124	1,90	1,00—1,50
St. Bernwards-Krankenanstalt	163 395	185	1 659	54 520	3,00	1,00—1,30
54. Halberstadt (Magdeburg).						
Salvator-Krankenhaus	80 140	137	1 466	44 015	1,82	1,50
55. Oberhausen (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	84 076	137	1 488	40 360	2,08	1,75
56. Kottbus (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus	23 648	55	432	13 144	1,79	1,00—1,80
57. Mülheim a. Ruhr (Düsseldorf).						
Evangelisches Krankenhaus	100 400	214	1 568	60 291	1,67	1,00—1,75
St. Marien-Hospital	128 000	114	1 035	38 060	3,36	1,50—2,00
58. Gelsenkirchen (Arnsberg).						
Evangelisches Krankenhaus	119 700	237	2 151	54 582	2,19	1,50—2,00
Katholisches Krankenhaus	169 869	338	2 899	89 962	1,89	2,00
59. Tilsit (Gumbinnen).						
Städtische Heilanstalt	32 786	86	674	16 634	1,97	1,25
Kreis-Krankenhaus	17 200	54	427	17 293	0,99	1,00—1,40
60. Rheydt (Düsseldorf).						
Städtisches Krankenhaus	34 000	114	620	22 126	1,54	1,50
61. Recklinghausen (Münster).						
Prosper-Hospital	97 822	222	1 559	50 155	1,95	1,50
62. Meiderich (Düsseldorf).						
Kaiser Wilhelm-Kranken- und Versorgungshaus	20 118	40	300	9 296	2,17	1,50
St. Elisabeth-Hospital	21 502	70	575	19 050	1,13	1,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamt-ausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Ver-pflegten	Zahl der Ver-pflegungs-tage	Selbstkosten für einen Ver-pflegungstag M.	Ver-pflegungs-kostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
63. Landsberg a. W. (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	34 789	62	380	17 500	1,98	.
64. Witten (Arnsberg).						
Evangelisches Diakonissenhaus .	133 506	243	2 020	70 786	1,89	2,00
65. Mühlhausen i. Th. (Erfurt).						
Städtisches Krankenhaus . . .	38 474	70	556	14 910	2,58	2,00
66. Guben (Frankfurt).						
Städtisches Krankenhaus nebst Baracke	24 997	70	413	12 877	1,94	1,50—2,00
Naëmi Wilke-Stift und Diakonissenanstalt	24 621	40	308	9 081	2,71	1,50
67. Graudenz (Marienwerder).						
Städtisches Krankenhaus . . .	69 084	199	1 618	52 873	1,31	0,50—1,50
68. Forst (Frankfurt).						
Städtisches Krankenkaus . . .	39 305	100	708	17 889	2,19	2,25
69. Kattowitz i. Ob. Schl. (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	12 867	45	273	11 396	1,13	1,00—1,50
St. Elisabeth-Krankenhaus . . .	43 269	90	1 107	30 504	1,42	1,25
70. Stralsund (Stralsund).						
Städtisches Krankenhaus . . .	88 040	179	1 422	44 248	1,99	1,35—1,50
71. Oppeln (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	13 259	26	105	8 324	1,59	1,00—2,00
St. Adalbert-Hospital	62 402	222	1 319	35 983	1,73	1,00—1,50
72. Hanau (Kassel).						
Landkrankenhaus	130 623	193	1 606	55 984	2,33	0,80—2,00
73. Thorn (Marienwerder).						
Städtisches Krankenhaus . . .	51 408	180	1 092	34 974	1,47	1,25—1,50
74. Neufs (Düsseldorf).						
Städtisches Bürger-Hospital . .	56 480	80	403	22 759	2,48	1,50—2,00
75. Schweidnitz (Breslau).						
Krankenhaus Bethanien . . .	50 870	88	1 124	34 713	1,47	1,25
76. Weifsenfels (Merseburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	15 250	35	283	8 747	1,74	1,00—1,25
77. Wandsbeck (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus .	58 539	78	674	15 249	3,83	2,00—2,50

Städte (Regierungsbezirke). — Krankenhäuser.	Gesamtausgabe M.	Zahl der Betten	Zahl der Verpflegten	Zahl der Verpflegungstage	Selbstkosten für einen Verpflegungstag M.	Verpflegungskostensatz, der verlangt wird. M.
1	2	3	4	5	6	7
78. Herne (Arnsberg).						
Evangelisches Krankenhaus . .	49 302	100	630	19 902	2,48	2,00
79. Insterburg (Gumbinnen).						
Kreis-Krankenhaus	39 194	125	862	26 769	1,46	0,80—1,50
80. Zeitz (Merseburg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	112 084	129	957	31 528	3,56	1,60—2,20
81. Neumünster (Schleswig).						
Städtisches Krankenhaus . . .	28 506	63	376	8 223	3,46	1,75
82. Stolp i. Pomm. (Köslin).						
Städtisches Krankenhaus . . .	25 600	25	379	9 696	2,64	0,75, 1,25—1,50
Kreis-Krankenhaus	26 820	56	249	9 915	2,70	1,25—1,50
83. Iserlohn (Arnsberg).						
Evangel. Krankenhaus Bethanien	61 010	100	727	25 546	2,39	1,75
Katholisches Krankenhaus St. Elisabeth-Hospital	29 560	74	500	18 534	1,59	1,75
84. Aschersleben (Magdeburg).						
St. Johannis-Hospital	40 421	64	450	8 744	4,62	0,80 1,50—1,75
85. Düren (Aachen).						
Städtisches Hospital	66 227	122	865	30 673	2,16	1,50—2,00
86. Stargard i. Pomm. (Stettin).						
Städtisches Krankenhaus . . .	23 207	68	357	8 821	2,63	1,75—2,00
87. Lüdenscheid (Arnsberg).						
Städtisches Krankenhaus . . .	60 727	114	885	32 572	1,86	1,60—1,75
88. Ratibor (Oppeln).						
Städtisches Krankenhaus . . .	70 972	84	560	27 581	2,57	2,20
89. Hörde (Arnsberg).						
Evangel. Krankenhaus Bethanien	24 455	85	504	18 940	1,29	1,25—2,00
90. Herford (Minden).						
Friedrich Wilhelm-Hospital . .	34 709	100	456	19 337	1,79	0,75—1,50
91. Lüneburg (Lüneburg).						
Städtisches Krankenhaus . .	89 000	97	243	20 355	4,37	1,50
92. Paderborn (Minden).						
Landeshospital	65 300	130	1 197	37 937	1,72	1,20—1,75

Zu dieser Tabelle ist zu bemerken, daß die Selbstkosten der Heilanstalten ohne Berücksichtigung der Verzinsung des Anlagekapitals berechnet sind, weil es nicht möglich war, für alle Anstalten den Betrag des Anlagekapitals festzustellen. Aber selbst ohne Hinzurechnung der Zinsen des Anlagekapitals erscheinen die Selbstkosten für den Betrieb der Anstalten überall höher als der Verpflegungssatz für einen Kranken und einen Tag, der von der minder bemittelten Bevölkerung zu entrichten ist. Der auf diese Weise entstehende Fehlbetrag ist erheblich genug, steigt aber, wenn man das Anlagekapital mit $3^1/_2$ v. H. verzinst haben will, beträchtlich, wie z. B. aus einer Berechnung für die drei städtischen Krankenhäuser in Berlin zu ersehen ist. Im Durchschnitt betragen die Betriebskosten für diese Anstalten 3,47 M. für den Kranken und den Verpflegungstag, unter Hinzurechnung der Zinsen des Anlagekapitals steigen die Selbstkosten für den Kranken auf 4,22 M., dagegen wird von den zahlungsfähigen Kranken nur ein Verpflegungssatz von 2—3 M. täglich entrichtet.

Vergegenwärtigt man sich, daß die leichtere Arbeitsgelegenheit bezw. der bessere Erwerb in den Städten die Bevölkerung vom Lande immer stärker anzieht und die bevorstehende Abänderung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz eine Erleichterung der Armenlast der ländlichen Gemeinden herbeiführen wird — es soll die Erwerbung des Unterstützungswohnsitzes für das Lebensalter von 18 auf 16 Jahre und für die Zeitdauer von zwei auf ein Jahr herabgesetzt werden, — so wird man die Besorgnis anerkennen müssen, daß die Krankenfürsorge die Städte auf steigende Mehrausgaben vorzubereiten hat, insbesondere werden die jährlichen Ausgaben für die Heilanstalten beträchtlich zunehmen. Dazu kommt, daß die wenig bemittelte Bevölkerung in dringender Weise geringere Verpflegungspreise in den Anstalten auf allgemeine Kosten verlangt. Die Krankenkassen zählen bereits 10 Millionen Mitglieder, die in Krankheitsfällen von Krankenhäusern, Ärzten und Apothekern ermäßigte Preise beanspruchen. Demnach ist die Steigerung der Ausgaben in den Städten in erheblichem Umfange für diesen Zweck vorauszusehen. Dabei ist nicht zu vergessen, daß die Krankenhausbauten, die innere Einrichtung der Krankenhäuser, die Heilmittel, Instrumente und Apparate, die Beköstigung der Kranken, die Wäsche, die Beleuchtung, die Sauberkeit, der Wasserverbrauch, die Kosten für Ärzte, Warte- und Verwaltungspersonal usw. einen großen Kostenaufwand von der Gemeinde-

verwaltung beanspruchen, wovon sich manche Krankenhausgründer keine richtige Vorstellung zu machen vermögen.

Die vorstehende Erörterung dürfte einen Einblick in die schwere Aufgabe gewähren, welche für die Gründer von öffentlichen Krankenhäusern entsteht, wenn sie über die Gründung hinaus auch für die Sicherung eines dauernden Betriebes sorgen wollen. Solchen kostspieligen Aufgaben gegenüber sind daher manche Gemeinden, welchen in naher Nachbarschaft Krankenhäuser zur Verfügung stehen, falls bei zunehmender Einwohnerschaft das Bedürfnis nach Krankenhausbetten sich stärker fühlbar macht, auf den billigeren Ausweg gekommen, durch Abschließung von Verträgen mit bestehenden Krankenhausverwaltungen das Bedürfnis zu befriedigen. Sie haben sich durch einen jährlichen Zuschuß zu den Unterhaltungskosten, der sich nach dem nicht durch Einnahmen gedeckten Fehlbetrag richtet, eine bestimmte Zahl von Krankenbetten für ihre Kommunalkranken gesichert und nur die Individual- und Kurkosten für sie zu bezahlen übernommen.

Um eine Grundlage für die Höhe dieser Kosten zu gewinnen, können sie z. B. nach einem einheitlichen Maßstab berechnet werden aus den jährlichen Kosten: 1. für die Beköstigung der Kranken, 2. für Arzneien und Heilmittel, davon 75 v. H., 3. für Bekleidung, Wäsche, Lagerung, davon 90 v. H., 4. für Wasserverbrauch, davon 50 v. H., 5. für Reinigung und Desinfektion, davon 55 v. H., 6. für Heizung und Feuerungsmaterial, davon 50 v. H., 7. für Beleuchtung, davon 50 v. H.

Diese Kosten zusammengerechnet ergeben die Individual- und Kurkosten für die überwiesenen Kranken.

Unter den Krankenhäusern, mit deren Verwaltung Vereinbarungen dieser Art getroffen werden, befinden sich die Universitätskliniken, städtische Krankenhäuser, ferner auch Wohltätigkeitsanstalten, Diakonissenhäuser, Krankenhäuser der barmherzigen Schwestern usw. Wenn auch in manchen dieser Anstalten andere Zwecke neben der Heilung von Kranken, wie Unterricht in den Kliniken, Ausbildung von Pflegeschwestern u. dgl. die Höhe der Betriebskosten mit beeinflussen, so muß doch zugegeben werden, daß schon der Heilzweck an und für sich Kosten verursacht, die durch die gezahlten Verpflegungssätze oder vereinbarten Preise allein nicht gedeckt werden. Für die Universitätskliniken muß schließlich der Staat, für die städtischen Krankenhäuser die Gemeinde den entstandenen Fehlbetrag decken, für die Wohltätigkeitsanstalten dagegen wird der Fehlbetrag zur

Quelle steter Sorge und Unruhe. Die Erbauung eines Krankenhauses durch private Wohltätigkeit bringt schon genug Sorgen bei Beschaffung der Geldmittel zum Bau und für die innere Einrichtung, aber die Sicherung von Betriebsmitteln für die Anstalt ist oft nicht vorgesehen.

Um hier zu helfen, wo die Weiterführung eines zuverlässigen Krankenhausbetriebes, mag er ein öffentlicher oder ein privater sein, in Frage steht, muß eine besondere Geldquelle aufgefunden werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in den Kreisen, die vorzugsweise in den öffentlichen und Wohltätigkeits-Krankenhäusern ärzliche Hilfe finden, keine richtige Vorstellung von den Sorgen einer Anstaltsverwaltung vorhanden ist; hier glaubt man leider noch vielfach, daß die Krankenhäuser überdies Geld verdienen, d. h. einen Überschuß erzielen. Andererseits kann nicht dadurch abgeholfen werden, daß in fühlbarer Weise der Verpflegungssatz bis zu den Selbstkosten erhöht wird; Einzelne sollen nicht die Last tragen, welche Nächstenliebe und Barmherzigkeit auf die ganze Bevölkerung verteilen können. Für Hunderttausende von Menschen, die durch Krankheit hilfsbedürftig sind, vermittelt das Gebiet der Krankenfürsorge die so wohltuende Berührung mit den lautersten menschlichen Handlungen. Als einen Teil der Lösung der sozialen Frage kann man es ansehen, daß, unabhängig von Geld und Gut, jährlich Hunderttausende in den Krankenhäusern Heilung finden und ihre Erwerbsfähigkeit wieder erlangen können. Darum müssen Mittel geschafft werden, welche die höchsten Anforderungen an die ärztliche Behandlung, an die Verpflegung und Wartung der Kranken in den Krankenhäusern befriedigen. Zu diesem Zweck wären durch Heranziehung der Hinterlassenschaften, welche den Kindern zufallen und vollständig steuerfrei bleiben, Geldmittel zu schaffen; dieser Vorschlag dürfte von der öffentlichen Meinung unterstützt werden, besonders zu einer Zeit, in der die Einführung einer Reichs-Erbschaftssteuer allgemeine Sympathie erfährt, so daß es leicht sein würde, einen Reichsfond zur Unterstützung der Krankenhausfürsorge für die wenig bemittelte Bevölkerung dauernd zu begründen.

Die Vereinheitlichung des deutschen Arbeiterversicherungswesens I.[1])

Eine Übersicht über die bisher gemachten Vorschläge.

Von Dr. jur. et phil. A. Berner, Berlin.

Bevor das Deutsche Reich seine sozialpolitische Gesetzgebung in Angriff nahm, herrschte, insoweit eine Arbeiterversicherung überhaupt vorhanden war, sowohl materiell wie formell große Mannigfaltigkeit. Mit dieser Vielheit räumte das achte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts nach Möglichkeit auf. An seinem Schluß sehen wir als Pfeiler der deutschen Arbeiterversicherung das Krankenversicherungsgesetz (15. Juni 1883), das Unfallversicherungsgesetz (6. Juli 1884), das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz (22. Juni 1889). Es war natürlich, daß man diese Hauptzweige des Versicherungswesens getrennt regelte. Man stand einer Aufgabe gegenüber, für deren Lösung keine Erfahrungen verwertet werden konnten und hatte Gebiete vor sich, auf denen unbestreitbar verschiedene Grundsätze in Betracht kamen. War der theoretischen Sonde wenig Widerstand entgegengetreten, so stieß die Praxis auf große Schwierigkeiten bei der Gesetzesanwendung, die hauptsächlich in den Kollisionen zwischen den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten zutage traten. Bald tauchten daher Revisionsbestrebungen auf. Den Anfang macht eine Novelle zum Krankenversicherungsgesetz (10. April 1892), die insbesondere darauf bedacht war, das Verhältnis zu den anderen Versicherungsgesetzen einer Regelung zu unterziehen. Dann folgte eine eingehende Revision der Unfallversicherung (30. Juni 1900), schließlich der Alters- und Invaliditäts-

[1]) Der vorliegende Aufsatz wurde im Januar 1906 abgeschlossen. Die seitdem an die Öffentlichkeit gelangten Vorschläge werden in einem zweiten Aufsatze besprochen werden.

versicherung (22. Juni 1891 und 13. Juli 1899). Alle diese Novellen rühren nicht an den bisherigen Grundlagen der Arbeiterversicherung, sie begnügen sich mit der Verbesserung einzelner Mißstände. Die Entwürfe betonen ausdrücklich, daß an der Struktur des Ganzen nichts geändert werden soll. Die Reichsregierung hatte sich zum ersten Male gelegentlich einer Konferenz im Reichsamt des Innern über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze im November 1895 mit der Frage der Vereinheitlichung beschäftigt, ohne jedoch zu einem positiven Ergebnis zu gelangen. Dessen ungeachtet wurde im Jahre 1899 gelegentlich der Diskussion über die von der Novelle zum Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz damals eingeführten Rentenstellen die Berechtigung der Forderung nach einer einheitlichen Organisation der Arbeiterversicherung anerkannt. Der Staatssekretär des Innern Graf Posadowsky-Wehner bezeichnete die bestehende Dreiteilung als äußere Folge der allmählichen chronologischen Entwicklung der ganzen Versicherungs-Gesetzgebung und wies darauf hin, daß in der Schaffung der Rentenstellen der Anfang einer Dezentralisation der Verwaltung liege, die als eine Vorbedingung der Vereinheitlichung anzusehen sei. Im Anschluß an eine weitere Rede des Staatssekretärs des Innern gelegentlich der Beratung der Krankenversicherungsnovelle (1903), in der von der Verschmelzung der drei sozialpolitischen Gesetze in ein Arbeiterfürsorgegesetz gesprochen wird, nahm dann am 20. April 1903 der Reichstag eine vom Abgeordneten Trimborn eingebrachte Resolution an: „die verbündeten Regierungen zu ersuchen in Erwägungen darüber einzutreten, ob nicht die drei Versicherungsarten (Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung) zum Zwecke der Vereinfachung und Verbilligung der Arbeiterversicherung in eine organische Verbindung zu bringen und die bisherigen Arbeiterversicherungsgesetze in einem einzigen Gesetze zu vereinigen seien."

Seitdem kam Graf Posadowsky noch zweimal auf die Angelegenheit im Reichstage zu sprechen, zuletzt am 2. März 1905 mit folgenden Worten: „Wenn wir heut res integra hätten, würde doch kein vernünftiger Mensch, glaube ich, daran denken, eine besondere Organisation der Krankenversicherung, eine besondere Organisation der Unfallversicherung und eine besondere Organisation der Alters- und Invaliditätsversicherung zu schaffen. Unfall, Krankheit und Invalidität sind doch drei, ich möchte sagen, physiologische Zustände, die miteinander in ihren Ursachen und Wirkungen eng zusammenhängen. Das sogenannte „System" unserer sozialpolitischen Gesetzgebung ist also lediglich ein Erzeugnis chronologischer Ent-

wicklung. Würde man heute die sozialpolitische Gesetzgebung neu aufbauen, dann wäre, glaube ich, in diesem Hause auch nicht der geringste Streit darüber, daß eine einheitliche Organisation geschaffen werden müßte, das würde den Gang des ganzen Werkes wesentlich vereinfachen, verbessern und seine Kosten bedeutend verringern .... Ich glaube also, meine Herren, es muß eine Aufgabe der Zukunft sein, diese drei großen Versicherungsgesellschaften in eine einheitliche Form zusammenzufassen. Ich glaube, daß die Entwicklung dahin gehen muß, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schafft, der die sozialpolitische Gesetzgebung innerhalb beschränkter Verwaltungsbezirke in erster Instanz auszuführen hat, der alle Anträge auf ihren sachlichen Inhalt prüft, die Einziehung der Beiträge leitet, die Rentenempfänger überwacht, das Heilverfahren anordnet und die Zahlung der Renten veranlaßt."

Durch diese Stellungnahme der deutschen Volksvertretung und des zuständigen Ressortchefs ist die uns beschäftigende Frage wieder in den Vordergrund getreten. Ihre literarische Behandlung soll hier in großen Zügen dargestellt werden. Es dürfte zweckmäßig sein, die sich an sie knüpfenden wesentlichsten Streitfragen und Vorschläge um einige Hauptgesichtspunkte zu gruppieren.

I. Organisation.

Die erste Frage ist, ob die Zusammenlegung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung eine materielle Verschmelzung oder nur eine formelle Verbindung durch die äußere Organisation sein soll. Im ersteren Falle erstreckt sich die Zusammenlegung nicht bloß auf die Geschäftsführung, sondern auch auf das Vermögen der jetzt selbständigen Versicherungszweige (Fusion). Eine Fusion würde die Arbeiterfürsorge auf einen ganz neuen Boden stellen, eine Versicherung im Rechtssinne (spezielle Gefahrengemeinschaft, Beziehung zwischen Beitrag und Gefahr) würde dann nicht mehr vorhanden sein. Menzel hat mit Recht hervorgehoben, daß durch eine materielle Verschmelzung etwas ganz Neues geschaffen wird: eine nach Art des Armenrechts gestaltete Fürsorge für die arbeitenden Klassen. Hingegen bleiben bei einer bloß formellen Vereinigung die Gefahrengemeinschaften getrennt; die durch Krankheit, Betriebsunfall, Invalidität entstandenen Schäden werden aus gesonderten Fonds gedeckt, zu denen nach den Anforderungen der einzelnen Versicherungszweige verschieden bemessene Beiträge fließen. Für eine Fusion stimmt vor allem Freund und zwar möchte er sie zunächst auf die Krankenversicherung und Invaliden-

versicherung erstrecken, ebenso Landsberger, während Rosin sich für materielle Verschmelzung der Unfallversicherung mit der Invalidenversicherung ausspricht. Eine Fusion sämtlicher Versicherungszweige empfiehlt Seybold, auch Freund sieht in ihr das Endziel der Entwicklung.

Gegen eine Fusion wendet sich vornehmlich Menzel. Einer Verschmelzung von Invaliden- und Unfallversicherung widersprechen nach seinen Ausführungen die geschichtlichen und rechtlichen Grundlagen der Unfallversicherung. Die Unfallversicherung ist an die Stelle der Haftpflicht getreten, die den Unternehmern das allgemeine Privatrecht und die besondere Haftpflichtgesetzgebung auferlegte. Nach Einführung der Unfallversicherung steht dem Arbeiter nur noch in Ausnahmefällen ein auf diese Rechtstitel gegründeter Anspruch zu. In der Art, wie die Kosten der Unfallversicherung gedeckt werden, liegt die Rechtspflicht der Unternehmer hinsichtlich der Entschädigung. Wird also die Unfallversicherung mit der Invalidenversicherung materiell verschmolzen, so muß, da dann auch Arbeiter und eventuell der Staat an der Kostenaufbringung sich beteiligen würden, der alte Zustand wieder aufleben, jene zahlreichen Schadensersatzprozesse müßten wieder auftauchen, die mit zur Einführung der Unfallversicherung beigetragen haben. Andererseits widersprechen auch die nach der Gefährlichkeit der Betriebe abgestuften Beiträge einer Fusion. Die Staffelung müßte wegfallen, die bisher sicherlich einen Anreiz zur Verhütung von Unfällen bot.

Eine materielle Verschmelzung von Kranken- und Invalidenversicherung billigt Menzel ebenfalls nicht. Die dafür insbesondere von Freund beigebrachten Gründe, daß die Invalidität meist der Abschluß einer Krankheit sei; daß die Kassenorgane am besten beurteilen könnten, ob Invalidität vorliegt; daß schließlich die Invalidenversicherung an einer energischen Prophylaxe das größte Interesse hat und jede Ausgabe der Krankenversicherung in letzter Linie der Invalidenversicherung zugute kommt, rechtfertigen nach seiner Meinung nur eine formelle Vereinigung. Menzel befürchtet, die materielle Verschmelzung könnte die Kosten der Krankenversicherung so hoch schrauben, daß die Sicherheit der Dauerrenten gefährdet wäre. Auch Düttmann kann nicht genug betonen, wie nachteilig die Vermögensgemeinschaft voraussichtlich wirken müßte, das ganze Gebäude der Arbeiterversicherung sieht er durch einen derartigen Schritt ins Schwanken geraten.

Eine bloß organisatorische Vereinigung der Arbeiterversicherungszweige wünschen außer Menzel noch Bödiker, Düttmann,

v. Festenberg-Pakisch, Kulemann, v. Landmann, v. d. Osten, Seelmann, und zwar will Düttmann zunächst nur die Kranken- und Invalidenversicherung, Bödiker die Unfall- und Invalidenversicherung (sog. Rentenversicherung) enger verknüpfen, während die Unfall- bzw. Krankenversicherung vorläufig nur lose angegliedert werden soll. Bödiker findet seine Art der Vereinigung in der Natur der sie betreffenden Versicherungszweige begründet. Während die Rentenversicherung verhältnismäßig seltene aber dauernde Leistungen von relativ hohem Kapitalwert bietet, handelt es sich bei der Krankenversicherung um vorübergehende Unterstützungen von relativ geringem Kapitalwert. Zur Wahrung der Interessen der Gesamtheit soll für die Behandlung der Invaliden- und Altersrenten ein Staatsbeamter in die Vorstände der Landesversicherungsanstalten und der Berufsgenossenschaften eintreten. Möglichst starke organisatorische Vereinheitlichung, aber zugleich intensive Dezentralisierung aller Arbeiterversicherungszweige befürwortet van Drooge.

Ob materielle Verschmelzung oder nicht, in der Forderung eines gemeinschaftlichen lokalen Unterbaues stimmen alle Anhänger einer Vereinheitlichung des Arbeiterversicherungswesens überein. Besonders genau hat sich über die Beschaffenheit und den Aufgabenkreis dieser lokalen Organe Düttmann ausgesprochen, dessen Vorschläge hier kurz wiedergegeben werden sollen. Düttmann wünscht selbständige lokale Behörden mit nicht zu ausgedehntem Geschäftsbezirk für die gesamte Arbeiterversicherung, die er Wohlfahrtsämter (Freund: Arbeiterversicherungsämter) benennen will. Diese Ämter sollen mit einem berufsmäßigen Beamten als Vorsitzenden und wenigstens 4 Beisitzern, die je zur Hälfte aus den Arbeitgebern und Versicherten zu wählen sind, besetzt sein. Das Stimmrecht der Arbeitgeber und Versicherten soll gleich sein; wenn sie sich geschlossen gegenüberstehen, fällt dem Vorstande der Versicherungsanstalt die Entscheidung zu.

Falls also Kranken- und später auch Unfallversicherung nach dem Programm Düttmanns in eine Vereinigung mit der Invalidenversicherung gebracht würden, wären große Veränderungen zu erwarten. Das bisherige Stimmverhältnis bei den Krankenkassen — zwei Drittel Versicherte, ein Drittel Arbeitgeber — würde beseitigt. Für diese Neuregelung tritt insbesondere Freund ein, der diese Art der Stimmenverteilung als sozialpolitisch geradezu verwerflich bezeichnet, da sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer notwendig einander entfremden muß. Andererseits würde wieder der

durch nichts gerechtfertigte Ausschluß der Arbeiter von der Verwaltung der Unfallversicherung aufhören. Nach v. Frankenbergs Meinung bürgt die jetzt anderthalb Jahrzehnte währende Entwicklung der Landesversicherungsanstalten dafür, daß die mit gleichem Recht und in gleicher Zahl beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer befähigt sind unter Leitung eines von der Behörde ernannten Beamten unparteiische Arbeiterfürsorge zu treiben, so daß so die beste Gewähr gegen Übertreibung eines Prinzipes nach der einen oder anderen Seite hin geboten wird.

Gegen die Einschiebung der Versicherungsanstalten als Instanz für Krankenkassenangelegenheiten wenden sich nachdrücklich die später zu erwähnenden „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze".

Als Aufgaben der Wohlfahrtsämter bezeichnet Düttmann:

1. Die Verwaltung der Bezirkskrankenkasse; (Nur durch die Mitgliedschaft bei dieser einen Kasse kann der Versicherungspflicht genügt werden. Andere bisherige Kassen können daneben als Zuschußkassen bestehen bleiben. Die Bezirkskrankenkasse wird vom Wohlfahrtsamt für eigene Rechnung verwaltet.)
2. Besorgung der örtlichen Geschäfte der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung: Erhebung der Beiträge, Entgegennahme der Rentenanträge und ihre Begutachtung;
3. Erledigung der ihnen auf dem Gebiet der Unfallversicherung zu übertragenden Geschäfte, vielleicht zunächst nur: Kontrolle der Rentenempfänger, Beobachtung der Unfallverhütungsmaßnahmen in kleinen Betrieben, sofort oder später Entgegennahme von Betriebsanmeldungen, Unfallanzeigen. Vornahme von Unfalluntersuchungen usw.;
4. Ausführung der ihnen später auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung, Arbeiterschutzgesetzgebung, der Wohnungskontrolle, des Arbeitsnachweises zu übertragenden Aufgaben.

Die Geschäftsführung der Wohlfahrtsämter soll vom Vorstand der Versicherungsanstalt beaufsichtigt werden. Weitergehende Rechte, nämlich Festsetzung des Voranschlages und Abnahme der Jahresrechnung, werden dem Vorstande der Versicherungsanstalt zugestanden, wenn die Bezirkskrankenkasse bei Überlastung Unterstützungen von der Versicherungsanstalt in Anspruch nimmt. Die Versicherungsanstalten sollen die Kapitalbestände der Krankenkassen verwalten.

Was das Streitverfahren anlangt, so sollen nach Düttmann entschieden werden:

1. Streitigkeiten über Versicherungsverhältnis und Beitragsleistung vom Vorsitzenden des Wohlfahrtsamts und auf Beschwerde von der höheren Verwaltungsbehörde.
2. Streitigkeiten zwischen Versicherten, Arbeitgebern und Gemeinden über Berechnung und Anrechnung von Beiträgen vom Vorsitzenden des Wohlfahrtsamtes endgültig.
3. Streitigkeiten gegen die Bezirkskrankenkasse wegen Unterstützungsanspruchs von dem mit drei Mitgliedern besetzten Wohlfahrtsamt und auf Berufung vom Schiedsgericht für Arbeiterversicherung.
4. Streitigkeiten zwischen verschiedenen Bezirkskrankenkassen vom Vorstande der Versicherungsanstalt und auf Beschwerde vom Reichsversicherungsamt.

In den Fällen zu 1 und 3 soll es dem Vorstand der Versicherungsanstalt, auch wenn er nicht am Streitverfahren beteiligt war, freistehen, falls es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt, zugunsten des Versicherten eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes herbeizuführen.

Möglichst weitgehende Befugnisse möchte Lohmar den Wohlfahrtsämtern verleihen. Die Vorsitzenden allein sollen für die Festsetzung des Krankengeldes und Anordnung des Heilverfahrens zuständig sein und das Amt in vorschriftsmäßiger Besetzung soll auch zur Feststellung der Entschädigung — allerdings unter ständiger Bewachung dieser Tätigkeit — die Berechtigung haben. Für die Entschädigungsansprüche sollen drei Instanzen bestehen: Wohlfahrtsamt, Schiedsgericht am Sitz der Versicherungsanstalt. Reichsversicherungsamt. Auch Seelmann wünscht, daß die Wohlfahrtsämter in erster Instanz über die Rentenanträge entscheiden können und noch weitergehend möchte er den genannten Behörden aufgeben, Rechtsauskünfte zu erteilen und Schriftsätze anzufertigen. Seelmann bezeichnet es als „berechtigten Anspruch des Versicherten, daß über seine Rentenansprüche in erster Instanz eine Stelle entscheidet, die einerseits unbeteiligt ist, andererseits nicht schematisch auf Grund des — vielfach recht dürftigen — Akteninhalts, sondern unter Berücksichtigung der individuellen Eigenart des Falles ihr Votum abgibt."

Gegen die Entscheidung von Rentenanträgen seitens der Wohlfahrtsämter in erster Instanz, die auch von Rösicke gebilligt wird, erklären sich Düttmann und Freund, weil sie auf diesem

Wege eine zu ungleichmäßige Durchführung der Rentenversicherung befürchten.

Statt neue Spezialbehörden nach Art der Wohlfahrtsämter zu errichten, möchten Bödiker, v. Festenberg-Pakisch, Sittel die unteren Verwaltungsbehörden des Staates bzw. die Kommunalbehörden mit der Aufgabe betraut wissen, die Angelegenheiten der Arbeiterversicherung in erster Instanz zu besorgen, während v. Landmann, Kulemann, v. d. Osten befürworten, unter gleichzeitiger Zentralisierung des Krankenkassenwesens die bestehenden Krankenkassen als Lokalstellen auch für die übrigen Zweige der Arbeiterversicherung zu organisieren. Letzterem Vorschlage schließt sich Menzel an, der anders eine vollständige Bureaukratisierung der Arbeiterversicherung erwartet.

Gegen eine auch nur organisatorische Verbindung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung insbesondere gegen die Einbeziehung der Unfallversicherung und der später zu errichtenden Witwen- und Waisenversicherung wenden sich die dem VII. internationalen Kongreß für Arbeiterversicherung (1905 in Wien) von der Krankenkassenkommission des deutschen Ärztevereinsbundes vorgelegten „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze“. Nur der Aufbau einer Arbeitslosenversicherung und der Arbeitsnachweise auf der Unterlage der Krankenversicherung wird gebilligt, da die Krankenkassen angeblich schon jetzt größtenteils die Aufgaben der noch fehlenden Arbeitslosenversicherung erfüllen müssen. Vornehmlich werden alle bei einem Umbau der Arbeiterversicherung beabsichtigten Einschränkungen der Selbstverwaltung energisch zurückgewiesen.

II. Kreis der Versicherten.

Bei der Zusammenlegung wird auch die Notwendigkeit einer einheitlichen Abgrenzung des Kreises der Vesicherten für sämtliche Versicherungszweige anerkannt. Bisher sind bei der Krankenversicherung die landwirtschaftlichen Arbeiter und die Dienstboten nicht inbegriffen, auch die Unfallversicherung hat noch nicht die Ausdehnung, die zu wünschen wäre. Düttmann greift hier auf die jetzt für die Invalidenversicherung geltenden Bestimmungen zurück, die er aber erweitern möchte. Er empfiehlt darüber hinaus heranzuziehen:

1. sämtliche Hausgewerbetreibenden:
2. die Unternehmer, die nicht regelmäßig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen;

3. die nur gegen freien Unterhalt Beschäftigten;
4. die weniger als 16 Jahre alten Lohnarbeiter.

Damit ist das Kriterium der Versicherungspflicht ein anderes geworden wie seither. Lohmar insbesondere betont, daß die grundsätzliche Beschränkung der Versicherungspflicht auf die unselbständigen Personen als verfehlt anzusehen sei. Der kleine Handwerker braucht ebenso Hilfe durch eine Versicherung wie der Fabrikarbeiter mit gleichem Einkommen, wirtschaftliche Unselbständigkeit und Versicherungsbedürftigkeit haben nichts miteinander zu tun. Nur die Höhe des Einkommens kann für die Entstehung der Versicherungspflicht maßgebend sein. Düttmann will, daß die Versicherungspflicht der Personen, die überhaupt nach seinem Programm dem Versicherungszwange unterliegen, erlöschen soll, wenn der Jahresverdienst oder das sonstige Einkommen, mit dem sie zur Steuer herangezogen werden, einen gewissen Betrag (3000 M.) erreicht. Lohmar möchte noch viel weiter gehen. Da einmal eine neue Grundlage für die soziale Versicherung geschaffen wird, stellt er zur Erwägung, ob es nicht angezeigt wäre, die anderweitige spezifische Abgrenzung des Kreises der Versicherungspflichtigen (z. B. nach der Beschäftigung) überhaupt zu unterlassen und schlechthin alle Personen dem Versicherungszwange zu unterwerfen, die selbst kein Einkommen oder Einkommen unter einem gewissen Betrage (2400—3000 M.) haben und denen auch nicht gegen Personen mit höherem Einkommen ein gesetzlicher Anspruch auf Unterhaltsgewährung zusteht. Das würde eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses in Zeiten der Arbeitslosigkeit und eine Einbeziehung der nicht gegen Lohn arbeitenden Ehefrauen und Kinder (nach Beendigung der Schulpflicht) bedeuten. Unverkennbar müßte eine derartige Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen für die gesamte Durchführung der Arbeiterversicherung eine wünschenswerte Vereinfachung bringen. Den Vorwurf, sie sei der erste Schritt zum sozialistischen Zukunftsstaat, findet Lohmar nicht gerechtfertigt, es handelt sich nach seiner Meinung hierbei nur um eine notwendige Verbesserung der bestehenden Versicherungsgesetze, die den Mangel haben, daß sie nicht für alle Bedürftigen sorgen, sondern nur für solche, die in gewisser Weise erwerbstätig sind. Die „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze“ erklären sich mit einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Hausgewerbetreibenden einschließlich Heimarbeiter, Dienstboten und landwirtschaftliche Arbeiter einverstanden. Für Erweiterung des Kreises der Ver-

sicherten stimmen auch v. Festenberg-Pakisch, Gebhard, Knobloch.

Dagegen hat sich vornehmlich v. Landmann ausgesprochen. Er warnt vor einer Einbeziehung des weiten Kreises der nach dem Invalidenversicherungsgesetz Versicherten unter die übrigen Versicherungsgesetze, auch vor Ausdehnung der Krankenfürsorge auf die landwirtschaftlichen Arbeiter und das Gesinde und wünscht nur dringend die Ausdehnung der Unfallversicherung auf die noch nicht gegen Unfälle versicherten gewerblichen Arbeiter und die Dienstboten.

III. Leistungen der Versicherung.

Bei einer Zusammenfassung der Arbeiterversicherung müßten vor allem klare Bestimmungen über die Entstehung und Modifizierung des Entschädigungsanspruchs getroffen werden, wenn, wie nach Düttmanns Programm, die einzelnen Versicherungszweige vermögensrechtlich selbständig bleiben und nur organisatorisch verbunden werden.

Düttmann macht hierzu folgende Vorschläge: Die Verpflichtung der Träger der Unfall- und Invalidenversicherung soll erst nach dem Ablauf der Krankenunterstützung beginnen. Empfänger von Invaliden- sowie Witwenrenten und von Unfallrenten, die wegen Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um mehr als $^2/_3$ gewährt werden, haben keinen Anspruch auf Krankengeld, Empfänger der Renten wegen einer geringeren Verminderung der Erwerbsfähigkeit nur Anspruch auf den Teil des Krankengeldes, der den dreißigsten Teil der Monatsrente übersteigt. Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenrenten sollen an Personen, die Anspruch auf Unfallrente haben, nur dann gezahlt werden, wenn sie mehr betragen als die Unfallrente, andernfalls soll die Unfallrente der Versicherungsanstalt zufließen. Düttmann schließt zwar die Unfallversicherung vorläufig von einer engeren Angliederung aus, möchte aber doch nicht für immer auf sie verzichten. Falls die Unfallversicherung in die Zusammenlegung einbezogen wird, wünscht Lohmar mit Recht, daß die Verschiedenheiten zwischen Unfall- und Invalidenversicherung hinsichtlich der Entstehung des Entschädigungsanspruchs aufhören sollen. Bei der Unfallversicherung begründet jetzt eine Erwerbsunfähigkeit von 10 %, bei der Invalidenversicherung eine solche von 66 $^2/_3$ % den Rentenanspruch. Wenn auch der Begriff „Erwerbsunfähigkeit“ in beiden Fällen verschieden ist, so läßt sich doch dieser Unterschied im Maß der geforderten Invalidität niemals

verteidigen. Hier eine Abgleichung vorzunehmen erfordert die Gerechtigkeit und wird die Vereinfachung bei einer Zusammenlegung fördern. Für die Verwaltung würde es nur dankenswert sein, wenn die meist langwierigen und wegen häufiger Simulation schwierigen Untersuchungen, ob die Invalidität Folge eines Unfalls ist oder nicht, in Wegfall kämen.

Der eben behandelte Unterschied zwischen Unfall- und Invalidenversicherung wird bei seiner Beseitigung die Forderung gleich hoher Bemessung der Rente bei Unfallsinvalidität und sonstiger Invalidität nach sich ziehen: Erweiterung der Invalidenrente, Einschränkung der Unfallrente! Lohmar und Rosin treten besonders hierfür ein. Lohmar schlägt vor Erwerbsunfähigkeit unter 30 % überhaupt nicht zu entschädigen, dagegen im Falle völliger Hilflosigkeit die Rente in Höhe des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren. Bei der Bemessung der Rente ist darauf zu achten, daß der entstandene Schaden nie in vollem Umfange erstattet wird, ein Grundsatz, dem heut nach Lohmars Ansicht die Unfallversicherung unter Umständen nicht genügt. Gegen Abgleichung der Rentenvoraussetzung und Rentenhöhe bei Unfallsinvalidität und sonstiger Invalidität hat sich Seelmann geäußert. Er wünscht eine intensivere Berücksichtigung der Unfallsinvalidität infolge des Fortfalls der Haftpflichtklage und deshalb, weil Unfälle meist bei noch jugendlichen Arbeitern mit großer Familie eintreten, Invalidität dagegen regelmäßig sich erst in späterem Alter findet. Daß im Einzelfalle die hier bestehen bleibende Verschiedenheit Ungerechtigkeit und Härte mit sich bringen kann, ist nicht zu leugnen.

Eine weitere Verschiedenheit, die bei einer Zusammenlegung zu beseitigen wäre, liegt auf dem Gebiet der Krankheitsfürsorge. Die Krankenversicherung gewährt neben freier ärztlicher Behandlung und Arznei nur „Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ (die sogenannten kleinen Heilmittel). Die Unfallversicherung bietet dagegen alle Heilmittel sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel. Am freiesten steht die Invalidenversicherung in dieser Beziehung da. Sie kann ein Heilverfahren ohne Beschränkung vornehmen lassen, um drohender Invalidität vorzubeugen, ohne daß jedoch ein Anspruch des Versicherten darauf gegeben ist. Lohmar hält es für richtig einen Anspruch auf Heilverfahren in allen Fällen zu gewähren, wenn das Heilverfahren „zur Beseitigung der Krankheit, zur Beseitigung oder Milderung ihrer Folgen, zur völligen oder teilweisen Wiederher-

stellung der Erwerbsfähigkeit oder zum Zweck der Vorbeugung des Eintritts von Invalidität nach ärztlichem Urteil erforderlich oder zweckmäßig und nach den Verhältnissen angemessen ist". Eine derartige Freiheit hinsichtlich des Heilverfahrens entspricht allein der wichtigsten Aufgabe der Arbeiterversicherung: Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit.

IV. Aufbringung der Mittel.

Die verschiedenartige Aufbringung der Mittel zur Durchführung der Versicherung gegen Krankheit, Unfall und Invalidität ist, wie oben gezeigt wurde, das hauptsächlichste Hindernis für eine materielle Verschmelzung (Fusion) der drei Arbeiterversicherungszweige. Es kann sich also, will man den Gedanken einer Versicherung nicht aufgeben, nur darum handeln, bei einer formellen Vereinigung die Bemessung und Erhebung der Beiträge nach Möglichkeit einfach und gleichförmig zu gestalten. Düttmann, der, wie nochmals betont sei, vorläufig nur die Kranken- und Invalidenversicherung (sowie die später zu begründende Hinterbliebenenversicherung) organisatorisch zusammenfassen will, schlägt hier folgendes vor: Für die Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung soll ein Beitrag erhoben werden, der je zur Hälfte von Arbeitgebern und Versicherten zu tragen ist (Lohmar Drittelteilung; 1/3 Arbeitgeber, 1/3 Versicherte, 1/3 Reich). Die Höhe des Normalbeitrags wird auf mehrere Jahre (10) im Gesetzgebungswege bestimmt. Von dem Normalbeitrage ist ein festzusetzender Teil an die Versicherungsanstalt abzuführen, während der Rest dem Wohlfahrtsamt zur Bestreitung seiner Ausgaben (Bezirkskrankenkasse!) verbleibt. Falls der dem Wohlfahrtsamt zufließende Teil nicht ausreicht, ist ein für alle Lohnklassen gleicher prozentualer Zuschlag zum Normalbeitrage zugunsten der Bezirkskrankenkasse zu erheben. Solange ein solcher Zuschlag nötig ist, erhält die Bezirkskrankenkasse aus den Mitteln der Versicherungsanstalt einen Zuschuß, der mit der Höhe des Zuschlages steigt. Die Bezirkskrankenkasse bedarf zur Erhebung von Zuschlägen der Zustimmung der Versicherungsanstalt und kann bei deren Versagung die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes anrufen.

Was die Höhe der Beiträge bzw. Renten anlangt, so wird es vornehmlich darauf ankommen, ob man sich bei der Rentenversicherung für Umlage- oder Kapitaldeckungsprinzip entscheidet. Düttmann möchte für die Invalidenversicherung die Kapitaldeckung beibehalten wissen, anders fürchtet er zu schroffe, das

wirtschaftliche Leben ungünstig beeinflussende Steigerungen in den Beiträgen und zu ungenügende Sicherstellung einer dauernden Durchführung der Versicherung. Für die Umlegung der Beiträge zur Invalidenversicherung hat sich insbesondere Bödiker ausgesprochen, der das Kapitaldeckungsprinzip nur für die Privatversicherung mit beliebigem Ein- und Austritt in Anspruch nehmen will. Das bisher angesammelte Kapital soll als Reservefonds dienen.

Im Falle einer Zusammenlegung würde es eine Vereinfachung der Verwaltung herbeiführen, wenn bei dieser Gelegenheit vielfach geäußerten Wünschen entsprechend die Erstattung der Beiträge zur Invalidenversicherung wegfiele. Die Beitragserstattung an solche Versicherte, die wegen Bezuges einer Unfallrente die Invalidenrente nicht beziehen können, verliert bei einer Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung ohne weiteres die Berechtigung. In der Hauptsache wendet man sich gegen die Beitragserstattung an weibliche Versicherte bei Verheiratung und macht mit Recht geltend, daß sich in diesem Falle die Versicherte um eines augenblicklichen geringen Vorteils willen wertvoller Rechte begibt. Stirbt der Versicherte vor Erlangung einer Rente, so empfiehlt Lohmar an die Stelle der Beitragserstattung ein mäßiges Sterbegeld zu setzen.

Schließlich haben wir noch der Erhebung der Beiträge zu gedenken, die im Falle einer Vereinigung auch möglichst einheitlich und einfach zu gestalten wäre. Das würde durch eine direkte Einziehung von Lohnprozenten erreicht, die auf Grund von Lohnnachweisungen zu erfolgen hätte. Das Lohnklassensystem wäre damit unnötig geworden und mit ihm könnte auch die Beitragsmarke beseitigt werden.

Die Beitragsmarke wird von Freund und Düttmann beibehalten, der erstere möchte sie sogar auch für die Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Ihr besonderer Gegner ist Bödiker, außerdem verwerfen sie Knobloch, Kulemann, Lohmar, Seybold. Die Beitragsmarke ist einer Zusammenlegung und der mit ihr notwendig werdenden Dezentralisierung hinderlich, da sie zusammen mit der Quittungskarte eine möglichst zentralisierte Verwaltung verlangt. Falls man das Äquivalenzprinzip und den Grundsatz der Rentensteigerung nicht aufgeben will, muß an die Stelle der Marke ein anderes Beweismittel für die Beitragsleistung (Arbeitsbuch!) gesetzt werden. Bödiker erklärt sich für eine Einheitsrente, möchte aber eine Rentensteigerung eintreten lassen, wenn durch ein fakultatives Arbeitsbuch der Nachweis längerer

Beschäftigung und höheren Lohnes geführt wird. Die Nachteile des Markensystems sind hinlänglich bekannt, hier sei nur die Begünstigung der Beitragshinterziehung und die Belästigung der Arbeitgeber erwähnt.

Es bedarf keines Hinweises, daß hier nur eine Auswahl aus den literarischen Produkten über die Arbeiterversicherungszusammenlegung geboten werden sollte. Sie war nicht zum wenigsten im Hinblick auf die Aktualität der gemachten Vorschläge zu treffen und kann nur den Zweck haben, über die Hauptströmungen in der Diskussion, über die Vereinheitlichung des Arbeiterversicherungswesens und die wichtigsten an sie sich knüpfenden Reformfragen einigermaßen zu orientieren.

Bei der eingangs erwähnten Konferenz im Reichsamt des Innern über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze vom 4.—9. November 1895 wurden insbesondere die Vorschläge von Bödiker und Freund erwogen. Am Schluß der Beratungen wurde mehrfach betont, daß einer Verwirklichung dieser Programme noch deren weitere Ausreifung und Durcharbeitung vorhergehen müßte. Im Projekt Bödikers sah man vor allem Schwierigkeiten für die landwirtschaftliche Unfallversicherung entstehen, deren einfache und billige Verwaltung durch die jetzigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erheblich leiden müßte, wenn Betriebe der Land- und Forstwirtschaft mit anderen Berufszweigen von teilweise hoher Unfallgefahr in gleichen territorialen Anstalten versichert werden. Den von Freund gemachten Vorschlägen wurde nachgesagt, daß sie zu sehr auf großstädtische Verhältnisse zugeschnitten seien und dem platten Lande nicht genügend Rechnung trügen. Diese Beanstandungen ergaben sich aus der innersten Konstitution der betreffenden Projekte und sind ohne ihre Preisgabe nicht aus der Welt zu schaffen. Wenn man sich aufs prophezeien verlegen will, kann man sagen, daß wohl dem von Düttmann aufgestellten Programm die Zukunft gehören wird, wenngleich das nicht für alle seine Einzelheiten behauptet werden soll. Düttmanns Vorschläge sind zweckmäßig und durchführbar, ihnen steht kein Bedenken entgegen, das sie in ihren Grundlagen erschüttern könnte. Die sich vor der Hand auf Kranken- und Invalidenversicherung erstreckende enge organisatorische Zusammenfassung würde eine bedeutende Vereinheitlichung und Vereinfachung des Arbeiterversicherungswesens herbeiführen und noch Zeit gewähren, die Schwierigkeiten eines völligen Anschlusses der Unfall-

versicherung und ihre Beseitigung genügend zu erwägen. Die Erweiterung des Kreises der Versicherten entspräche den alten Forderungen der Sozialpolitiker. Für die Durchführung der Versicherungsgesetze wären die stets verlangten sozialen Lokalbehörden erreicht. Außerdem enthält das Programm viele kleinere Verbesserungen. Mit dem insbesondere von den Organen der Krankenversicherung ausgehenden starken Widerspruch wird man sich abfinden müssen. Gegner werden allen Zusammenlegungsprojekten erstehen, sowie eine oder die andere der bestehenden Organisationen etwas zu verlieren glaubt.

Literatur. Arens, W., Die Verschmelzung der deutschen Arbeiterversicherung. „Schweiz. Bl. f. Wirtsch.- u. Sozialpolitik" XII, S. 669. — Ascher, Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.", XXX, 11. — Bödiker, T., Die Reichsversicherungsgesetzgebung. Leipzig 1898. — Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schriften des VII. internat. Kongr. f. Arbeitervers., 1905. — van Drooge, J., Vereinheitfichung und Dezentralisierung der Arbeiterversicherung. Schriften d. VII. internat. Kongr. f. Arbeiterversicherung 1905. — Düttmann, Umbau der Arbeiterversicherung. „Arbeiterversorgung", 1904, 18, 19 (auch als Sonderabdruck erschienen). — Umbau der Arbeiterversicherung. „Invaliditäts- u. Altersversich. im Deutsch. Reich", 1903/04, S. 145. — v. Festenberg-Pakisch, H., Betrachtungen und Vorschläge betreffend Organisation der sozialpolitischen Gesetzgebung. Berlin 1894. — v. Frankenberg, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung. „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft", IV, 4. — Freund, R., Die Zentralisation der Arbeiterversicherung. Berlin 1888. — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Preuß. Jahrbücher", Bd. 84, Heft 2. — Invaliditäts- und Krankenversicherung. „Soziale Praxis", VIII, 14. — Die Verschmelzung der Krankenversicherung u. der Invalidenversicherung. „Soziale Praxis", XII, 22. — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Dtsch. mediz. Wochenschr.", XXX, 7. — Fuld, Die Revision der Arbeiterversicherung. „Invaliditäts- u. Altersvers. im Deutschen Reich", Jahrg. 1895/96, Nr. 21. — Gebhard, Die Reform der Invaliditäts- und Altersversicherung. Mainz 1893. — Herzfeld, Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.", XXX, 9. — Kleeis, F., Ausbau der Invalidenversicherung zu einer allgemeinen Volksversicherung. „Sozialistische Monatshefte", VIII, 7. — Knobloch, Reform der Invaliditäts- und Altersversicherung. „Invalid.- u. Altersversichg. im Dtsch. R.", Jahrg. 1895/96, Nr. 16. — Die Beseitigung der Beitragsmarken. Jena 1896. — Kulemann, W., Die Reform unserer Sozialversicherung. Leipzig 1894. — v. Landmann, R., Über die Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Preuß. Jahrb.", 1894, II. — Landsberger, Vereinfachung der deutschen Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis", XIII. — Lange, E., Die positive Weiterentwicklung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung. Brauns „Archiv für soziale Gesetzgebung", V. — Leicht, Zur Vereinigung und Vereinfachung der sozialpolitischen Gesetzgebung. „Arbeiterversorgung", 1903, S. 761. — Lohmar, P., Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung. Köln 1905. — Menzel, A., Zur Frage der Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schr. d. VII. internat. Kongr.

f. Arbeitervers., 1905. — v. d. Osten, Grundsätze einer Reform der Arbeiterversicherung. Mainz 1894. — Platter, J., Zur projektierten Organisation der deutschen Alters- und Invalidenversicherung. „Deutsche Warte“, 1888, Heft 12. — Rabe, Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Deutsche mediz. Wochenschr.“, XXX, 9. — Romacher, G., Die Reichsversicherung. Berlin 1904. — Rösicke, R., Zur Lage der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, 1898, Nr. 15. — Rosin, H., Umschau und Vorschau auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung. Berlin 1898 u. „Verwaltungsarchiv“, Bd. VI, Heft 1. — Seelmann, Umbau der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, XIV, 16. — Das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen — Eine Betrachtung im Hinblick auf den geplanten Umbau der Arbeiterversicherung. Frankfurt a. M. (E. Schnapper). — Die Beziehungen der Krankenkassen zur Invalidenversicherung. „Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeiterversicherung“, X, 3, 4, 11, 13, 14, 16. — Die Verschmelzung der Kranken- und Invalidenversicherung. „Mediz. Reform“, XII, 33, 34. — Der Ausbau der Invalidenversicherung zu einer allgemeinen Volksversicherung. „Arbeiterversorgung“. 1903, S. 145. — Seybold, K., Das Gesamtversicherungsgesetz. Straßburg 1894 — Die Vereinfachung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung. „Soziale Praxis“, XIV, 25. — Sittel, Vorschläge zur Beseitigung des Klebesystems. „Invalid.- u. Altersvers. im Dtsch. R.“, IV, 1. — Sturm, Zur Reform der Arbeiterversicherung. „Invalid.- u. Altersvers. im Dtsch. R.“, Jahrg. 1895/96, Nr. 7. — Weiß, Zur Weiterentwicklung der Arbeiterversicherung. „Soziale Praxis“, XII, 20. — Zacher, Zur Vereinfachung der Arbeiterversicherung. „Arbeiterversorgung“, 1903, S. 577. — Zeller, Die Vereinfachung und Verschmelzung der Arbeiterversicherung. Leipzig 1896 u. „Zeitschr. f. Versicherungs-Recht u. -Wissenschaft“, I, S. 681.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

Das Verfahren bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten war in Preußen durch die Allerhöchst bestätigten sanitätspolizeilichen Vorschriften (Regulativ) bei ansteckendenden Krankheiten vom 8. August 1835 gesetzlich in weitgehender Weise geregelt worden. In diesem Regulativ hatte außer Cholera und Pocken auch eine größere Zahl von einheimischen Krankheiten Berücksichtigung gefunden, deren Übertragbarkeit wir auch heute annehmen, so Typhus (das Regulativ versteht hierunter allerdings nur Flecktyphus), Ruhr, kontagiöse Augenkrankheit, Syphilis, Masern, Röteln und Scharlach, dann andere, die wir nicht mehr zu den Infektionskrankheiten rechnen können, so Krätze, bösartiger Kopfgrind und Gicht, dann auch Weichselzopf, der nach neueren Forschungen wohl überhaupt aus der Reihe der Krankheiten ausscheiden muß. Außerdem enthielt das Regulativ auch einige wenige Vorschriften mit Bezug auf Schwindsucht und Krebs, sowie sehr eingehende bezüglich der auf den Menschen übertragbaren Tierkrankheiten, Tollwut, Milzbrand, Rotz und Wurm.

Das Regulativ war ein ungemein klares und durchdachtes, allen Verhältnissen Rechnung tragendes Gesetz. Der beste Beweis dafür ist wohl der, daß es siebzig Jahre hindurch trotz aller Wandlungen der medizinischen Anschauungen der Sanitätspolizei eine Handhabe

zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten zu bieten vermochte.

Wenn man auch die Krankheitserreger zu damaliger Zeit nicht kannte oder sich nur unklare Vorstellungen von ihnen machte, so zeugt doch mehr als eine Bestimmung des Regulativs davon, daß man die Wege, auf welchen die Ausbreitung der ansteckenden Krankheiten erfolgte, sehr gut beobachtet hatte.

So muß es doch gewiß als ein Zeichen guter Beobachtung gelten, wenn schon 5 Jahre nach dem ersten Einstellen der Cholera in Preußen der § 28 des Regulativs die uns ganz modern ansprechenden einleitenden Worte enthalten konnte: „Da die Erfahrung gelehrt hat, daß die Cholera besonders durch die Schiffahrt befördert wird, so wird in dieser Hinsicht festgesetzt usw.“

Auch die nun folgenden Bestimmungen über die Einrichtung von gesundheitlichen Überwachungsstationen für die Schiffer an den Wasserstraßen, wie sie ja auch auf Grund unserer heutigen Anschauungen zuerst im Jahre 1892, wenn auch in mehr zweckentsprechender Form wieder ins Leben traten, und andere Vorschriften sprechen für hohe Erkenntnis und Einsicht.

Auch die sonst zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erlassenen Bestimmungen, so die Festsetzung der Anzeigepflicht in § 9 für alle Familienhäupter, Haus- und Gastwirte sowie Medizinalpersonen mit Bezug auf alle in ihrer Familie, ihrem Hause und ihrer Praxis vorkommenden Fälle wichtiger und dem Gemeinwesen gefahrdrohender Krankheiten nach Maßgabe spezieller Vorschriften, die Bestimmungen über die Absonderung der Kranken, Behandlung der Leichen und Desinfektion der Effekten sind so grundlegende, daß sie auch in die neuen Gesetze als wesentliche Faktoren zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten Aufnahme gefunden haben.

Trotz so wesentlicher Vorzüge des Regulativs konnte es jedoch nicht ausbleiben, daß mit der immermehr zunehmenden Kenntnis der Krankheitserreger und ihrer Lebensbedingungen, wie sie durch die Forschungen der Bakteriologen, vor allem aber von Robert Koch, vermittelt wurde, und der damit notwendig im Zusammenhange stehenden Änderung der Anschauungen über die Art der Infektion bei einer Reihe ansteckender Krankheiten, doch eine Anzahl im Regulativ vertretener Anschauungen und darauf sich gründender Bestimmungen, so besonders über die Art der Desinfektion, sich nicht mehr halten ließ.

Dazu kam, daß durch den weltumspannenden Verkehr exotische

Krankheiten für uns eine Bedeutung erlangt haben, die sie bei Erlaß des Regulativs nicht gehabt hatten, so besonders die Pest, dann aber auch der Aussatz und das Gelbfieber. Eine Anzahl anderer übertragbarer Krankheiten hatte man erst allmählich als besondere Krankheiten zu unterscheiden gelernt, so das Kindbettfieber, den Unterleibstyphus, die übertragbare Genickstarre, das Rückfallfieber und die nicht zur Syphilis gehörenden Geschlechtskrankheiten, während die Diphtherie als neue Krankheit bei uns eingewandert ist und sich leider Heimatsrecht erworben hat. Alle diese Krankheiten konnten natürlicherweise im Regulativ keine Berücksichtigung finden.

Diese fühlbare Lücke suchte man durch Erlaß von Polizeiverordnungen auszufüllen, welche die Anzeigepflicht und Desinfektionspflicht bei einzelnen dieser Krankheiten, namentlich Diphtherie, Kindbettfieber und Genickstarre für die ganze Provinz oder einen Regierungsbezirk oder auch einen Stadtbezirk vorschrieben. Da die Gerichte aber den Standpunkt vertraten, daß das Verfahren bei ansteckenden Krankheiten durch das Regulativ vom 8. August 1835 gesetzlich geregelt und daher jede Polizeiverordnung, soweit sie über die Bestimmungen des Regulativs hinausgehe, der gesetzlichen Unterlage entbehre und nicht rechtsgültig sei, blieben die Bestimmungen der betreffenden Polizeiverordnungen nur so lange wirksam, als sie befolgt wurden.

Endlich hatte das Regulativ auch nur für die alten preußischen Provinzen Geltung, während man in den neuen Provinzen sich durch den Erlaß von Polizeiverordnungen zu helfen gesucht hatte. Die sich hieraus ergebenden Ungleichmäßigkeiten der Bestimmungen und des Verfahrens, dann auch der Umstand, daß im Einzelfall bei dem Fehlen gesetzlicher Bestimmungen sich Schwierigkeiten bei der Durchführung polizeilicher Maßnahmen ergaben, ließen auch hier eine Änderung der Zustände als dringend erwünscht erscheinen. So lagen die Verhältnisse, als im Jahre 1892 plötzlich die furchtbare Cholerakatastrophe über Hamburg einbrach, von der aus die Krankheitskeime weit hinaus verschleppt wurden. Wenn es auch an keinen anderen Orten zur Bildung von Krankheitsherden kam, so hatte es sich doch wohl deutlich herausgestellt, daß die den Behörden gesetzlich oder im Wege von Verordnungen gegebene Möglichkeit zum Einschreiten nicht ausreichte, um die Bekämpfung der Krankheit auf Grund der gewonnenen Erkenntnis wirksam zu gestalten.

Die Annahme dürfte daher wohl keine irrige sein, daß die

Reichsregierung durch die Choleraepidemie von 1892 bestimmt wurde, die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten im Wege der Gesetzgebung baldigst zu regeln.

Hierauf läßt auch die Begründung des dem Reichstage im Jahre 1893 zugegangenen Entwurfs eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten schließen.

In diesem Entwurf heißt es:

Der Erlaß eines Reichsgesetzes über die Bekämpfung der Volksseuchen bildet schon seit geraumer Zeit einen lebhaften, wiederholt zum Ausdruck gebrachten Wunsch der ärztlichen Kreise. Besonders empfindlich hat sich der Mangel eines solchen Gesetzes bei dem Auftreten der Cholera im Jahre 1892 fühlbar gemacht und zwar nicht nur für die ärztlichen Kreise, sondern auch für die Behörden und für alle im Handel und Verkehr beteiligten Bevölkerungsgruppen.

Nur bezüglich der Gefahr einer Einschleppung der Seuche auf dem Seewege war ein gleichmäßiges Verfahren für alle deutschen Häfen durch die im Jahre 1883 von den Bundesseestaaten auf Grund vorheriger Vereinbarung erlassenen Vorschriften einigermaßen sicher gestellt. Im übrigen fehlte es dagegen an einheitlichen, die Behörden im ganzen Reiche ohne weiteres bindenden und das Verhalten der Bevölkerung leitenden Bestimmungen. Die Reichsverwaltung mußte sich darauf beschränken, diejenigen Grundsätze, welche nach dem Urteile des von ihr befragten Sachverständigen gegenüber der Choleragefahr zweckmäßig zu befolgen sind, festzustellen und die Durchführung derselben den Landesregierungen zu empfehlen. Sie mußte sich in einzelnen Fällen auch zu einem Eingreifen entschließen, dessen verfassungsmäßige Berechtigung nicht ganz außer Zweifel war, auch nicht überall ohne Beanstandung geblieben ist. Wenngleich es auf diesem Wege glücklicherweise gelungen ist, für die unmittelbare Bekämpfung der Cholera von den Ausbruchsorten zweckentsprechende Anordnungen herbeizuführen, so bringt doch ein solches Verfahren einen Zeitverlust mit sich, der bei der Eilbedürftigkeit der Abwehrmaßregeln in hohem Maße unerwünscht ist und ihrer Wirksamkeit leicht Abbruch tun kann.

Der von der Staatsregierung eingebrachte Gesetzentwurf wurde im Jahre 1893 vom Reichstage einer Kommission überwiesen und gelangte im nächsten Jahre ohne wesentliche Veränderung zur nochmaligen Vorlage, ohne indessen auch jetzt vom

Reichstage verabschiedet zu werden. Da dringliche andere gesetzliche Aufgaben vorlagen, ruhte die Angelegenheit bis zum Jahre 1900. Die Choleragefahr war freilich vorläufig wieder für die deutschen Lande geschwunden, dafür klopfte aber ein noch unheimlicherer Gast, die Pest, an die Pforten Europas. Hauptsächlich wohl unter dem Eindruck dieser neuen Gefahr zeigte sich der Reichstag nunmehr bereit, den ihm wieder vorgelegten Entwurf des oben erwähnten Gesetzes anzunehmen, so daß das Gesetz mit dem 30. Juni 1900 in Kraft treten konnte.

Das Gesetz traf nur Bestimmungen, betreffend die Bekämpfung einer Anzahl gemeingefährlicher Krankheiten, d. h. solcher Krankheiten, welche wir als Volksseuchen zu bezeichnen pflegen, weshalb das Gesetz auch wohl das Reichsseuchengesetz genannt wird. Es werden als solche Krankheiten besonders namhaft gemacht: Lepra, asiatische Cholera, Flecktyphus, Gelbfieber, Pest und Pocken.

Ausgeschlossen blieben demnach alle uusere einheimischen Krankheiten.

Nach § 48 des Gesetzes wurden landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der genannten übertragbaren Krankheiten durch das Gesetz nicht berührt. Danach blieb in Preußen die Sachlage in betreff aller dieser einheimischen übertragbaren Krankheiten eine so wenig befriedigende, wie dieses oben geschildert worden ist.

Nach § 5 Abs. 2 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 können freilich auch andere übertragbare Krankheiten als die bisher in dem Gesetz benannten in die Bestimmungen dieses Gesetzes durch Beschluß des Bundesrats einbezogen werden. Es wäre damit also die Möglichkeit gegeben gewesen, die in Preußen empfundene Lücke im Wege der Reichsgesetzgebung auszufüllen.

Von seiten des Bundesrats scheint aber keine Neigung vorhanden gewesen zu sein, eine Erweiterung des Reichsseuchengesetzes seine Zustimmung zu geben. So entschloß sich denn die preußische Regierung die Angelegenheit im Wege der preußischen Gesetzgebung zu ordnen und dem Abgeordnetenhause im Jahre 1903 einen bezüglichen Gesetzentwurf vorzulegen. In der Begründung dieses Gesetzentwurfs wird ausgeführt, daß das Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 abgesehen von einigen wenigen Bestimmungen von allgemeiner Bedeutung, sich nur mit der Bekämpfung der Volksseuchen befaßt habe, während es die eigentliche Bekämpfung

der anderen übertragbaren Krankheiten, insbesondere die Anordnung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßnahmen außerdem aber auch den Erlaß einer Reihe von Ausführungsbestimmungen für die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten (Volksseuchen) den Landesgesetzen überlasse.

Dieser dem Abgeordnetenhause im Jahre 1903 zugegangene Entwurf trug dementsprechend auch die Bezeichnung: Entwurf eines Ausführungsgesetzes zu dem Reichsgesetz betr. die Bekämpfung gemeingefährllcher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Der Gesetzentwurf gelangte im Jahre 1903 im Abgeordnetenhause nicht zur Verabschiedung. Im Jahre 1904 wurde er dann mit geringen Änderungen dem Abgeordnetenhause abermals vorgelegt, von diesem aber einer Kommission überwiesen, aus welcher er mit nicht unwesentlichen Änderungen dem Hause wieder zuging, um von diesem nochmals an die Kommission zurückverwiesen zu werden. Im Februar 1905 gelangte der Entwurf wieder im Plenum des Abgeordnetenhauses zur Beratung. Bei dieser ergaben sich in betreff der Kostenfrage sehr wesentliche Differenzen zwischen den Beschlüssen des Hauses einerseits und dem Standpunkt der beteiligten Ministerien der Medizinalangelegenheiten und der Finanzen andererseits, so daß es zu einer Vertagung der Beratungen kam. Nachdem inzwischen Kompromißverhandlungen zu einem Einvernehmen zwischen Staatsregierung und Abgeordnetenhaus geführt hatten, erfolgte im April die Annahme des Gesetzes von seiten der Abgeordnetenhauses. Weitere Veränderungen erlitt es noch im Herrenhause, mit welchen es jedoch bei nochmaliger Beratung im Abgeordnetenhause von diesem endgültig angenommen wurde. So konnte denn am 28. August 1905 die Allerhöchste Genehmigung des Gesetzes erfolgen, das inzwischen auch seine Bezeichnung geändert hatte, da es nunmehr das Gesetz betreffend Bekämpfung übertragbarer Krankheiten genannt wurde.

Nachdem noch die in § 38 Abs. 3 des Gesetzes vorgesehenen Ausführungsbestimmungen vom Minister der Medizinalangelegenheiten im Einvernehmen mit den sonst beteiligten Ministern unter dem 5. Oktober 1905 erlassen worden waren, wurde das Gesetz durch Königliche Verordnung vom 10. Oktober 1905 mit dem 20. Oktober 1905 in Kraft gesetzt. Die Veränderungen und Einschränkungen, welche dieses bei seinen vielfachen Schicksalen erlitten hat, sind zwar teilweise auch solche, welche man im

sanitären Interesse nur bedauern kann, immerhin ist aber das Gesetz auch in seiner jetzigen Gestalt als ein wesentlicher Fortschritt auf dem Wege zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten zu begrüßen. Wie schon aus der oben erwähnten Bezeichnung des ersten im Jahre 1903 dem Abgeordnetenhause zugegangenen Entwurf hervorgeht, bildet das Gesetz im wesentlichen ein Ausführungsgesetz zu dem Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900. Da es sich auch häufig auf die einzelnen Bestimmuugen des letzteren Gesetzes bezieht, ist es ohne Kenntnis dieses Gesetzes vom 30. Juni 1900 überhaupt nicht zu verstehen.

Es liegt nun für unsere Zwecke nicht die Absicht vor, im folgenden eine spezielle Erläuterung auch zu dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 zu geben. Von einer solchen kann bei dem letzteren schon deswegen abgesehen werden, weil nach den Bestimmungen dieses Gesetzes die Aufgabe des behandelnden Arztes mit Bezug auf das Gemeinwohl eigentlich aufhört, sobald er die Anzeige von dem Vorhandensein des betreffenden Krankheitsfalles erstattet hat, da dann alle weiteren Maßnahmen dem beamteten Arzt bzw. der Polizeibehörde obliegen, während bei dem preußischen Gesetze vom 28. August 1905 die Mitwirkung des behandelnden Arztes in viel weitergehendem Maße in Anspruch genommen wird.

Im übrigen wird aber auch bei der Besprechung des letzteren Gesetzes überall dort, wo es das Verständnis erfordert, auf die Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes einzugehen sein.

(Fortsetzung folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Anrechnung der Militärdienstzeit eines „unsicheren Dienstpflichtigen“ für die Invalidenversicherung. (Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 29. Februar 1905 Nr. 1198.) Der Kläger war vom 10. März 1891 bis 30. September 1893 versicherungspflichtig tätig und ist seinen Verpflichtungen an die Invalidenversicherung gesetzmäßig nachgekommen. Er diente sodann vom Oktober 1893 bis Mitte Juli 1894 in der französischen Fremdenlegion und im Anschluß daran vom 23. Juli 1894 bis 29. September 1896 im deutschen Heere. Vom 18. Oktober 1896 war er wiederum in Deutschland tätig und hat bis zum 14. August 1903 regelmäßig Invalidenbeiträge bezahlt. In der Vorinstanz sollte dem Kläger seine Dienstzeit im deutschen Heere auf die Wartezeit aus dem Grunde nicht angerechnet werden, weil die Dienstzeit sich nicht unmittelbar an einen versicherungspflichtig ausgeübten Beruf anschloß. Dem hängt zwar nach einer Revisionsentscheidung (1010. Amtl. Nachr. des R.-V.-A. 1902 S. 592) die Anrechnung einer Ersatztatsache von einer dieser vorausgegangenen Beitragsleistung ab, es ist dagegen nicht gesagt, daß sie sich unmittelbar an eine Arbeitszeit anschließen muß, in der Versicherungsgelder gezahlt wurden. Nach Revisionsentscheidungen (1049. Amtl. Nachr. des R.-V.-A. 1903 S. 386 und 1113. daselbst 1904 S. 356) ist nur die Annahme erforderlich, daß der Versicherte in Anbetracht seiner Verhältnisse, falls er nicht seiner Wehrpflicht nachgekommen oder krank gewesen wäre, in dieser Zeit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen wäre. Nach einer Auskunft der Militär- oder Zivilbehörden war der Versicherte 1894 der Musterung ohne Entschuldigung ferngeblieben, hatte sich jedoch in den vorhergegangenen Jahren 1892 und 1893 gestellt. Auf eigenes Ersuchen des Klägers an seinen Vater sowie durch Verwendung des Statthalters von Elsaß-Lothringen wurde er Mitte Juli 1894 aus der Fremdenlegion, in der er damals diente, freigegeben, worauf er in die Heimat zurückkehrte. Nach seiner Rückkehr wurde er am 23. Juli 1894 als „unsicherer Dienstpflichtiger“ in das Heer eingestellt; seine aktive Dienstzeit wurde vom nächsten Rekruteneinstellungstermin ab gerechnet. Es waren also die Vorbedingungen für die Anrechnung der Dienstzeit erfüllt: Kläger hatte vor dieser Zeit Beiträge gezahlt; es war auch anzunehmen, daß er dies nach seiner Rückkehr ins Inland wieder getan hätte, wenn er nicht sogleich eingezogen worden wäre. Es wurde die Zeit von seiner Diensteinstellung bis zu dem üblichen Rekruteneinstellungstermin dagegen nicht gerechnet, da er als „unsicherer Dienst-

pflichtiger" wegen der Gefahr der Dienstentziehung sofort außerterminlich eingestellt war (s. Verordnung vom 22. November 1888 § 7, 2 und Reichs-Militärgesetz vom 2. Mai 1874/76 § 33, II, Satz 2 und 3). Wenn nun Kläger nach seiner Entlassung vom Militär vom 29. September bis zum 18. Oktober 1896 keine Invalidenbeiträge gezahlt hat, so war anzunehmen, daß er zwar den Willen hatte zu arbeiten, wie er es bereits vor seiner Dienstzeit bewiesen hatte (s. Vorgeschichte), daß es ihm aber nicht sogleich gelang, Arbeit zu finden. Wenn sich zwar Kläger ³/₄ Jahr im Auslande aufgehalten hat, offenbar, um sich seiner Dienstpflicht zu entziehen, so war das nicht Grund genug, die Militärzeit nicht in Anrechnung zu bringen; es war auch andererseits aus der Freiwilligkeit seiner Rückkehr zu schließen, daß er die Absicht hatte, wiederum im Inlande dauernd Beschäftigung zu finden.

Es wurden deshalb, wie bereits gesagt, die Wochen während der Dienstzeit (nach dem I.-V.-G. § 30, II, 1), mit Ausnahme der Zeit von der Einstellung bis zum nächsten Rekruteneinstellungstermin, d. h. vom 1. Oktober 1894 bis zum 29. September 1896, dem Kläger als Beitragswochen angerechnet.

Abgewiesener Anspruch auf Unfallrente bei einem Fall von Perforation der Speiseröhre durch Berstung eines Aneurysmas.[1]) Der Werkarbeiter Sch. erlitt im Herbst 1904 einen Unfall, indem ihm beim Herausziehen eines Blocks aus dem Rollofen der Haken an dem Block abglitt und gegen den Unterleib flog. Dem Sch. riß infolge des Unfalls der Leibriemen, er mußte sich den Unterleib mit beiden Händen halten und klagte über Schmerzen. Nach einer kleinen Erholungspause hat Sch. laut Zeugenaussagen weiter gearbeitet, soll aber seit dieser Zeit gekränkelt und wochenlang die Arbeit eingestellt haben.

Vom 5. August bis zum 27. September 1904 wurde Sch. an Luftröhrenkatarrh und Asthma ärztlich behandelt und holte auch später noch wiederholt wegen Husten und Atemnot ärztlichen Rat ein. Am 28. Februar 1905 erkrankte Sch. von neuem; er hatte dieselben Klagen, verbunden mit Schlingbeschwerden. Dem behandelnden Arzte hatte er nichts von dem Unfall mitgeteilt. Es wurde Speiseröhrenkrebs diagnostiziert. Am 16. März 1905 trat der Tod ein. Die Sektion wurde vorgenommen. Es ergab sich, daß ein großes Aneurysma bestanden hatte, das die Speiseröhre säbelscheidenmäßig komprimierte. Der Tod war infolge des Berstens des Aneurysmas und einer Zerreißung der Speiseröhre eingetreten; es lag eine Verblutung durch Riß der Brustschlagader vor. Nach dem amtlichen Gutachten hat bereits vor dem Unfall eine Atheromatose der Brustschlagader bestanden und ebenso eine Ausbuchtung in der Gegend des Risses.

Der Gutachter stellte fest, daß der Tod nicht als Folge der Unfallverletzung aufzufassen sei, und stützte sich dabei auf folgende vier Punkte:

1. Ein chronisches Leiden der Brustschlagader hatte bei dem Verstorbenen bereits vor dem Unfall bestanden.

2. Es waren bereits vor dem Unfall Klagen über Speiseröhrenverengerung geäußert worden, die allerdings nicht auf Erweiterung der Brustschlagader zurückgeführt, sondern falsch aufgefaßt worden waren.

3. Die Beschwerden nach dem Unfall sprachen nicht für eine plötzliche Zunahme der Erweiterung.

---

[1]) Mitteilung von Kornfeld i. d. Monatsschrift f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1906 I.

4. In Behandlung hatte sich allerdings der Verstorbene nach dem Unfall begeben; er hatte jedoch nicht über Beschwerden in der von dem Unfall betroffenen Gegend geklagt, sondern nur über Zunahme der früheren Krankheitssymptome.

Im August 1904 war die Arbeitsfähigkeit des Sch. stark herabgesetzt, im September fast geschwunden; im Januar 1905 war er völlig arbeitsfähig gewesen.

In dem Gutachten heißt es sodann: „Hätte der Unfall zu einer plötzlichen hochgradigen Zunahme der vorher schon bestehenden Erweiterung der Brustschlagader geführt, so würde diese, auch abgesehen von der Abwesenheit der unmittelbaren, zugehörigen Folgen, jedenfalls nicht in dem Grade zurückgegangen sein, daß Sch. späterhin in derselben Weise wie vor dem Unfall hätte arbeiten können. Ein Durchbruch des Aneurysmas in die Speiseröhre konnte bei der sicher schon früher bestehenden Entartung seiner Wände jedenfalls auch ohne Zutritt einer äußeren Gewalt und namentlich auch im Verlaufe derselben Zeit erfolgen, die hier zwischen den Anfangerscheinungen und dem Tode verflossen war. Wenn die Möglichkeit, daß der angebliche Unfall eine gewisse Zunahme des Aneurysmas verursacht hat, auch nicht absolut abzuweisen ist, so sprechen doch weder die Symptome unmittelbar nach dem Unfall noch der weitere Verlauf dafür, daß diese Zunahme eine wesentliche gewesen ist, die das Leiden erheblich verschlimmert und einen früheren Eintritt des Todes herbeigeführt hat.“

Der Anspruch auf Rente wurde abgewiesen.

K. Ollendorff.

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Entwicklung der Selbstmordhäufigkeit in Europa.

Hierüber gibt H. A. Krose in einer sehr fleißigen Monographie (Der Selbstmord im 19. Jahrhundert, Freiburg i. B. 1906) umfassende Zusammenstellungen. Wir entnehmen dem Buche die folgende Tabelle, welche die Zahl der Selbstmorde auf 1 Million Einwohner wiedergibt.

Staaten	1801—10	1811—20	1821—30	1831—40	1841—50	1851—60	1861—70	1871—80	1881—90	1891 bis 1900
Preußen		(72)	86	100	105	121	128	144	201	**200**
Sachsen				136	197	246	280	326	351	**313**
Bayern					(63)	84	85	108	137	**134**
Württemberg					(107)	100	131	172	160	**165**
Baden				80	101	110	132	176	193	**200**
Hessen							(177)	207	235	**236**
Mecklenburg-Schwerin		67	92	111	138	(157)	162	(172)	179	**211**
Oldenburg						(133)	193	294	309	**275**
Österreich			(30)	(42)	(45)	(54)	(67)	134	161	**158**
Italien							(28)	38	49	**60**
Frankreich			(54)	70	91	105	130	157	205	**239**
Belgien				(45)	59	60	55	82	114	**124**
Niederlande								(43)	55	**56**
England				(62)		(67)	66	70	77	**89**
Dänemark				(211)	238	279	269	256	255	**234**
Norwegen			(81)	103	107	101	81	73	67	**60**
Schweden	32	42	60	60	67	64	80	87	107	**147**

Die Zahlen sind in früheren Jahrzehnten in den meisten Staaten (z. B. in Preußen bis 1883, in Österreich bis 1872) und auch heute noch in mehreren (z. B. in England) sehr unvollständig. Doch kann man aus den vorliegenden Zahlen mit Sicherheit auf eine Zunahme der Selbstmorde in vielen Ländern schließen, wenn diese Zunahme auch nicht so groß ist, als sie die vorliegenden Ziffern vorzutäuschen scheinen. Besonders deutlich ist sie in Frankreich, Schweden, Belgien und in den meisten deutschen Staaten, eine Abnahme zeigt sich in Norwegen, Dänemark, Sachsen und Württemberg; ein Zentrum ganz besonders hoher Selbstmordfrequenz bilden in Europa Provinz und Königreich Sachsen, der Regierungsbezirk Potsdam, die Thüringischen Staaten und Braunschweig.

In den einzelnen Teilen Preußens ist die Entwicklung der Selbstmordfrequenz sehr verschieden. Es kamen Selbstmorde auf 1 Million Einwohner

	1849—58	1871—80	1891—1900
Ostpreußen	113	126	148
Westpreußen	77	94	138
Berlin	211	239	297
Brandenburg	188	238	303
Pommern	120	141	176
Posen	66	78	91
Schlesien	152	189	249
Sachsen	195	250	309
Schleswig-Holstein	—	252	319
Hannover	122	167	201
Westfalen	59	88	105
Hessen-Nassau	—	170	203
Rheinland	50	75	108
Hohenzollern	116	119	165
Preußen	119	157	200

Sehr hoch ist die Ziffer der Provinz Brandenburg (insbesondere des Regierungsbezirks Potsdam und vor allem in den an Berlin grenzenden Landesteilen); sie ist dort höher als in Berlin, was ohne Zweifel davon herrührt, daß viele in Berlin wohnenden Selbstmordkandidaten außerhalb der Stadt die Tat vollbringen. Aus der letzteren Tabelle geht ferner hervor, wie ungemein groß die Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit in den einzelnen preußischen Provinzen sind; aus der von Krose mitgeteilten Tabelle für die preußischen Regierungsbezirke ergibt sich, daß 1891—1900 der Bezirk mit der größten Selbstmordziffer (Liegnitz) 389, der mit der kleinsten Ziffer (Aachen) 57 Selbstmörder im Jahr auf eine Million Einwohner aufweist. Die Kantone der Schweiz zeigen noch größere Gegensätze; in den Jahren 1878—1900 war die Selbstmordziffer im Kanton Waadt 412 und in Neuenburg 396, dagegen im Kanton Oberwalden 63 und in Niederwalden 55.

2. Sterblichkeit im Großherzogtum Hessen.

Wie überall ist im Großherzogtum Hessen die Sterblichkeit bedeutend zurückgegangen (Knöpfel, Kurzer Rückblick auf die Sterblichkeitsverhältnisse im Großherzogtum Hessen während des Zeitraums 1863—1900. Mitt. d. großh. hess. Zentralstelle f. d. Landesstatistik, 1905). Am größten ist die Abnahme bei den Kindern im Alter von 1—10 Jahren, am geringsten im Greisenalter. Im erwerbstätigen Alter ist der Rückgang der Sterblichkeit bei den 15—40 jährigen größer

als bei den 40—60jährigen. Es starben in Hessen von 1000 Lebenden (bzw. Lebendgeborenen beim Alter von 0—1 Jahren)

Altersperioden	1863—69	1891—1900[1])	Abnahme in Proz.
0—1	207	166	20
1—2	56	40	27
2—3	29	15	48
3—4	20	8	58
4—5	13,3	6,5	51
5—10	7,4	4,7	37
10—15	3,6	2,8	22
15—20	5,4	4,5	17
20—25	7,9	5,9	25
25—30	9,4	6,8	28
30—40	10,5	8,2	22
40—50	13,8	12,0	13
50—60	25,0	21,3	15
60—70	51,8	45,3	12
70 u. mehr	129	120	7
zusammen	24,4	19,7	19,3

Knöpfel beschäftigt sich eingehend mit den Unterschieden der Sterblichkeit in Stadt und Land und mit den Veränderungen, die sich in dieser Beziehung in der Zeit von 1863—1900 bemerklich machten. In Stadt und Land ist der Rückgang im Alter von 1—10 Jahren am bedeutendsten (30—60 Proz.), im Alter von 0—1 und von 10—15 Jahren ist er in Stadt und Land etwas geringer. In den Städten hat sich die Sterblichkeit beim Alter von 15—40 Jahren erheblich vermindert, weniger bei 40—85 Jahren, nach dem 85. Jahre dagegen erhöht. Auf dem Lande zeigen sich ähnliche Verhältnisse; doch ist hier die Abnahme der Sterblichkeit beim Alter von 40—85 Jahren größer und das Alter von 15—20 Jahren zeigt beim weiblichen Geschlecht keine Abnahme. Es war die Sterbewahrschein lichkeit im Großherzogtum Hessen [2]): (s. die Tab. auf S. 68).

Diese Entwicklung der Sterblichkeit in Stadt und Land zeigt mancherlei Verschiedenheiten gegenüber dem, was anderwärts beobachtet wurde; es hat schon früher Kruse auf die in Preußen in dieser Hinsicht bestehenden Unterschiede hingewiesen.

Die Kindersterblichkeit ist in den einzelnen Teilen Hessens von ungleicher Höhe; sie war in ganz Hessen 1863—70 bei den ehelichen Kindern 20,0, bei den unehelichen 24,9 und 1891—1900 bei ersteren 15,9, bei den unehelichen 27,7. Bei letzteren hat sie also beträchtlich zugenommen. Sehr klein ist sie in Oberhessen (1891—1900 in keinem Kreise über 12,0), groß dagegen in der Stadt Worms und und deren Umgebung, in der Umgebung von Darmstadt und Mainz und in den Kreisen Bensheim und Heppenheim.

3. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in Österreich.

Die Tuberkulosesterblichkeit in Österreich ist heute noch ganz ungemein groß, doch läßt sich eine deutliche Abnahme nachweisen. Untersuchungen hier-

[1]) Beim Alter von 0—5 Jahren 1896—1900.

[2]) Für den Zeitraum 1863—69 gelten die Zahlen von 0—5 Jahre für 1866 bis 1870, und für den Zeitraum von 1891—90 für 1896—1900.

Altersklassen	Männliches Geschlecht				Weibliches Geschlecht			
	Stadt		Land		Stadt		Land	
	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900	1863—1869	1891—1900
0—1	249	204	207	155	212	170	178	127
1—2	64	48	52	33	63	47	50	33
2—3	32	18	27	12	30	17	28	13
3—4	21	10	19	7	22	9	18	7
4—5	14	7	13	6	14	7	13	6
5—10	7,3	4,5	7,4	4,5	7,6	4,7	7,3	5,0
10—15	3,1	2,4	3,5	2,5	3,6	2,8	3,8	3,3
15—20	5,5	4,5	5,7	4,6	5,5	4,1	4,9	5,0
20—25	8,7	5,4	8,7	7,3	7,2	5,2	7,1	6,2
25—30	10,2	6,8	7,9	5,7	10,8	6,9	9,5	7,9
30—35	10,2	7,9	7,8	6,4	11,7	7,9	10,4	8,4
35—40	13,3	10,3	9,2	7,2	12,7	9,1	11,4	8,6
40—45	16,4	14,1	11,4	10,1	13,7	10,1	11,6	9,2
45—50	18,3	18,5	15,0	13,1	14,6	12,4	13,5	10,3
50—55	27,4	24,4	20,6	17,4	18,4	17,2	18,7	14,6
55—60	34,4	33,3	28,8	23,4	29,7	24,4	29,4	22,6
60—65	45,2	47,0	40,0	35,0	42,3	37,9	44,0	34,2
65—70	68	63	64	51	64	56	69	57
70—75	96	93	98	82	97	86	103	85
75—80	124	139	139	123	151	131	150	131
80—85	207	195	183	176	183	185	187	179
85—90	232	264	261	272	248	266	234	271
90 u. mehr	278	407	227	396	219	340	197	370
im ganzen	26,1	21,1	24,7	19,3	24,5	19,6	23,2	18,7

über werden in Österreich dadurch erschwert, daß bis zum Jahre 1894 die Sterbefälle an Lungenschwindsucht, von 1895 an dagegen alle durch Tuberkulose verursachten Sterbefälle verzeichnet werden. Trotzdem ist nach 1894 ein Absinken der Ziffern zu bemerken und es ist nicht anzunehmen, daß dies allein mit einer genaueren Erhebung und sorgfältigeren Verarbeitung des gesammelten Materials zusammenhängt. In der ganzen Zeit, die in Betracht kommt, bestand ärztliche Bescheinigung der Todesursachen, wo Ärzte genug vorhanden waren; die Diagnosenstellung auf den Totenscheinen wurde dadurch gebessert, daß im Laufe der Jahre allmählich mehr Ärzte zur Verfügung standen; in einer Anzahl von Kronländern wie in Krain, Küstenland, Galizien, Bukowina und Dalmatien ist jedoch die Zahl der Ärzte noch gering und die Angaben über die Häufigkeit der Tuberkulose sind deshalb nicht ganz verläßlich; es gilt dies aber in gleichem Maße und bezüglich mancher Bezirke noch vielmehr von der preußischen Todesursachenstatistik. Nach J. Daimer, bzw. nach der Statistik der Bewegung der Bevölkerung in Österreich, kamen auf 10 000 Einwohner Sterbefälle an: (s. die obenstehende Tabelle auf S. 69.

Die Tuberkulosesterblichkeit ist demnach in ganz Österreich beträchtlich zurückgegangen; sehr groß ist die Abnahme in Niederösterreich, in Vorarlberg, in der Bukowina, weniger groß in einer Anzahl anderer Kronländer, dagegen zeigt sich eine deutliche, wenn auch kleine Zunahme in Tirol, Schlesien, Istrien und Dalmatien.

Kronländer	Lungenschwindsucht					Tuberkulose	
	1873—75	1876—80	1881—85	1886—90	1891—94	1895—1900	1901
Niederösterreich	53,5	55,1	54,5	50,4	42,2	39,5	37,3
Oberösterreich	28,3	29,8	30,0	29,7	26,6	27,8	26,9
Salzburg	25,5	26,5	26,9	28,7	28,1	28,4	25,1
Steiermark	34,4	32,1	32,7	35,0	33,6	29,2	27,2
Kärnten	30,8	29,9	29,5	29,5	27,4	26,5	26,5
Krain	41,4	42,3	44,0	45,9	42,2	40,7	39,6
Triest	50,3	52,5	54,9	52,2	44,3	45,3	47,6
Görz-Gradiska	32,6	40,0	40,7	42,3	40,3	34,3	36,2
Istrien	36,0	25,9	28,6	28,1	26,2	30,6	32,4
Tirol	23,3	24,3	25,4	25,6	25,4	24,6	26,1
Vorarlberg	43,0	43,2	46,6	46,3	36,6	40,6	35,8
Böhmen	38,5	41,9	41,5	41,5	39,1	35,8	35,0
Mähren	38,7	44,5	46,4	45,3	40,4	40,6	39,9
Schlesien	37,9	37,9	43,9	45,4	42,4	45,1	44,7
Galizien	30,7	36,7	37,3	35,3	34,9	33,8	31,8
Bukowina	42,4	39,6	37,5	38,5	34,6	27,0	23,0
Dalmatien	—	24,3	23,8	27.9	26,8	26,3	28,6
Ganz Österreich	36,4	38,7	40,0	39,3	36,6	34,6	33,6

4. Zur Statistik der Fehlgeburten.

Nur in wenigen Städten werden Erhebungen über Fehlgeburten gemacht. die einigermaßen vollständig genannt werden können. Ein Beispiel, wie viel in dieser Beziehung durch Eifer und Beharrlichkeit erreicht werden kann, ist die Stadt Budapest. Hier wird seit 1874 die Zahl der Fehlgeburten zu ermitteln gesucht; seit 1898 sind die Erhebungen so vollständig, daß sie statistisch verwertet werden können. Im statistischen Jahrbuch von Budapest für 1903 (Budapest 1905) werden die folgenden Ziffern mitgeteilt

	Empfängnisse	Fehlgeburten	Auf 100 bekannte Empfängnisse kamen Fehlgeburten
1898	25 556	2374	9,3
1899	26 212	2612	10,0
1900	26 551	2619	9,9
1901	25 700	2432	9,5
1902	25 943	2431	9,4
1903	24 898	2473	9,9

Ganz vollständig sind diese Zahlen für die Fehlgeburten trotz ihrer Höhe jedenfalls nicht, da stets eine Anzahl von Fehlgeburten vorkommen, die ohne Zuziehung eines Arztes oder einer Hebamme oder in den ersten Schwangerschaftswochen sogar ohne Wissen der Schwangeren selbst verlaufen. Bezüglich der Häufigkeit der Fehlgeburten in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten geben die folgenden Ziffern des Jahres 1903 Auskunft. Es war die Zahl der Fehlgeburten

im Monat der Schwangerschaft	überhaupt	uneheliche Kinder
1.	17	1
2.	457	54
3.	624	112
4.	479	143
5.	361	122
6.	302	114
7.	233	94

Es werden in Budapest, wie man sieht, auch noch Früchte des 7. Schwangerschaftsmonats den Fehlgeburten zugezählt, während diese Kinder anderwärts gewöhnlich den Totgeburten (bzw. Frühgeburten) zugerechnet werden.

Das Geschlecht der Fehlgeburten wird seit 1903 nur für die über drei Monate alten Früchte aufgenommen, da es vorher ohne genaue Untersuchung nicht sicher erkennbar ist. Es waren in Budapest 1903 von den Früchten

im Schwangerschafts-monat	unbestimmbaren Geschlechts	männlich	weiblich	zusammen
4.	43	292	144	479
5.	8	209	144	361
6.	2	152	148	302
7.	—	125	108	233

Einen Anhaltspunkt über die Häufigkeit der Fehlgeburten in verschiedenen Lebensaltern geben die folgenden Zahlen.

Alter der Mutter	Geborene überhaupt (ohne Fehlgeburten)	Fehlgeburten
unter 20 Jahre	1411	82
20—24 „	6405	581
25—29 „	6859	694
30—39 „	6984	872
40—49 „	950	124
50 u. mehr „	2	—
unbekannt	29	120
zusammen	22640	2473

Es sind in dieser Zusammenstellung die Geborenen angegeben. Da die Zahl der Mehrlingsgeburten mit dem Alter der Mutter zunimmt, so kann die Zahl der Empfängnisse in den verschiedenen Lebensaltern der Mutter nicht genau berechnet werden. Immerhin geht, wenn die beiden Reihen zueinander in Beziehung gesetzt werden, hervor, daß die Zahl der Fehlgeburten beim Alter der Mutter von 30—50 Jahren etwa doppelt so groß ist als beim Alter von 15—20 und um die Hälfte höher als beim Alter von 20—30 Jahren.

Ein Bild der ungemein starken Zunahme der kriminellen Aborte in Paris während der letzten 4—5 Jahre gibt J. M. Doléris (Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynaekologie et de Paediatrie, février 1905). Es kamen auf 100 Gebärende und Abortierende Fehlgeburten in der Maternité

	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904
de l'Hôtel-Dieu	8,0	9,4	9,4	8,6	8,5	10,7	9,7
de Lariboisière	11,2	12,7	11,1	13,3	17,7	19,4	17,5
de Boucicaut	7,8	9,3	9,2	14,1	11,8	12,1	17,7
de Saint-Antoine	6,6	8,1	9,8	10,9	12,8	16,4	18,5
de la Charité	4,1	5,7	4,8	6,6	10,6	13,4	10,0

Etwa 50 Proz. der in die Gebärhäuser aufgenommenen Aborte sind nach Doléris provoziert. Auch in Deutschland nimmt die Zahl der kriminellen Aborte zu; es wurden im Durchschnitt jährlich wegen Abtreibung verurteilt

1882—85	215	1896—1900	409
1886—90	236	1901—1903	518
1891—95	339		

Es handelt sich dabei sicher nicht nur um eine ernstlichere Verfolgung des Delikts, sondern auch um eine tatsächliche Zunahme, die auf der verhältnismäßigen Ungefährlichkeit der künstlichen Frühgeburt bei sorgfältigem antiseptischem Verfahren beruht.

5. Die hereditäre Belastung in den österreichischen Irrenanstalten.

Die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geisteskranken wird oft stark übertrieben. Werden die Seitenzweige einer Familie mit in Betracht gezogen, so wird man nur selten eine Familie finden, in welcher nicht einmal ein abnormer Charakter oder eine psychische Erkrankung irgend welcher Art beobachtet wurde. Doch wird es niemand ernstlich einfallen, die Bedeutung der hereditären Belastung für die Entstehung psychischer Erkrankungen leugnen zu wollen. In Österreich werden als erblich belastet nur die Irrsinnsfälle angesehen, bei denen es erwiesen ist, daß einer der Aszendenten nerven- oder geisteskrank war, wobei je nach den Umständen auch Trunksucht mit eingerechnet wird. Es waren 1894—1901 nach der „Statistik des Sanitätswesens“ im Jahre 1901 (Wien, K. Gerolds Sohn 1905) von je 100 mit den nebenbezeichneten Krankheitsformen in die österreichischen Irrenanstalten aufgenommenen Geisteskranken erblich belastet.

	männlich	weiblich	zusammen
Angeborener Blödsinn	24,6	27,9	25,9
Angeborener Schwachsinn	30,4	30,4	30,4
Selbstanklagewahn	17,9	17,1	17,3
Tollheit, Manie	16,2	18,4	17,5
Verwirrtheit, allg. Wahnsinn	17,1	14,0	15,2
Primäre Verrücktheit, Partieller Wahnsinn	23,0	23,5	23,2
Periodische Geistesstörung	31,8	31,5	31,6
Erworbener Blödsinn	16,3	14,7	15,5
Paralytische Geistesstörung	6,0	8,5	6,5
Epileptische Geistesstörung	14,5	17,3	15,5
Hysterische Geistesstörung	17,5	22,3	21,8
Neurasthenische Geistesstörung	21,0	18,2	19,9
Geistesstörung mit Herderkrankung	2,7	2,5	2,6
Geistesstörung mit Pellagra	2,0	1,2	1,6
Alkoholismus	7,9	5,8	7,7
Andere Intoxikationserscheinungen	2,6	11,4	4,7
Im ganzen	14,8	17,9	16,1

Wenn die deutsche Statistik viel höhere Erblichkeitsprozente aufweist, so hat dies seinen Grund darin, daß auch Erkrankungen anderer Verwandten als der Eltern für die Annahme hereditärer Belastung maßgebend sind. So waren z. B. in Württemberg unter den 1877—94 wegen einfacher Seelenstörung erstmals in die Staatsirrenanstalten Aufgenommenen 49,3 Proz. als hereditär belastet bezeichnet; direkte Erblichkeit (also Erblichkeit von seiten der Eltern) lag jedoch nur bei 24,5 Proz. vor.

6. Sterblichkeit der Kinder in Budapest.

Ganz ungemein groß ist der Rückgang der Kindersterblichkeit in Budapest. Es kamen auf 100 Lebendgeborene Sterbefälle des 1. Lebensjahres

	Budapest	Berlin
1876—80	28,6	29,8
1881—85	24,3	27,8
1886—90	23,6	26,3
1891—95	19,7	24,1
1896—1900	17,3	21,8
1901—1903	14,5	20,1

Auch in den folgenden Jahren des Kindesalters ist die Sterblichkeit in Budapest ungemein stark zurückgegangen; es kamen auf 1000 Lebendgeborene Sterbefälle beim Alter von

	1—3	2—3	3—4	4—5
	Jahren			
1876—80	88,4	42,5	26,3	16,8
1881—85	72,2	38,3	21,8	14,7
1886—90	71,8	39,4	24,4	15,7
1891—95	55,2	30,3	17,2	12,2
1896—1900	46,9	22,5	13,2	8,5
1901—1903	43,1	22,3	13,5	10,0

Die Ziffern vor 1902 sind nicht ganz vollständig, da damals die an gewaltsamen Todesfällen gestorbenen Kinder nicht einbezogen sind; hieraus erklärt sich die geringe Abnahme bzw. die kleine Zunahme im Zeitraum 1901—1903.

F. Prinzing.

Bücheranzeigen.

Zacher, Die Arbeiterversicherung im Auslande. Berlin-Grunewald. 1905. Verlag der Arbeiterversorgung. A. Troschel.

Heft Va. Wolff, H. W. Die Arbeiterversicherung in England (Großbritannien und Irland). 1. Nachtrag zu Heft V. 140 S. (4,50 M.)

Heft VIIa. Kögler, K. Die Arbeiterversicherung in Österreich. 1. Nachtrag zu Heft VII. 142 S. (4,50 M.)

Heft VIIIa. Kögler, K. Die Arbeiterversicherung in Ungarn. 1. Nachtrag zu Heft VIII. 30 S. (1,00 M.)

Heft IXa. Skarzynski, L. Die Arbeiterversicherung in Rußland. 1. Nachtrag zu Heft IX. 83 S. (3,00 M.)

Heft Xa. Hjelt, A. Die Arbeiterversicherung in Finland. 1. Nachtrag zu Heft X. 14 u. 25 S. (1,25 M.)

Wolff berichtet über die Fortschritte der englischen Arbeiterversicherung seit 1897. Einleitend bemerkt er, daß, wenn auch nicht gesetzgeberische, so doch ideelle Fortschritte zu konstatieren seien: der Gedanke, die Arbeiterversicherung als soziale Institution zu betrachten, habe sich in steigendem Maße der öffentlichen Meinung bemächtigt. In der Krankenversicherung hält man die Prinzipien der Freiwilligkeit und der Selbsthilfe für die einzig richtigen, weil bewährten, man wünscht diesem Versicherungszweige, dessen Träger die Hilfskassen sind, größere Ausdehnung. Anders bei der Alters- und Invaliditätsversicherung, die

als freiwillige Versicherung sich zuerst bei den Trade Unions entwickelt, nun aber auch bei den Friendly Societies Ausbreitung gewonnen hat. Hier hat Chamberlain mit der Forderung staatlich unterstützter Altersrenten Bresche in das Prinzip der Selbsthilfe gelegt. Das Gesetz to amend the Outdoor Relief Friendly Societies von 1904 erlaubt — wenn nicht dem Wortlaut, so doch der Bedeutung nach — den Hilfskassen die Annahme staatlicher Zuschüsse. Die Frage staatlich geregelter Altersversicherung hängt noch in der Schwebe. Im Abschnitt Unfallversicherung prüft W. Handhabung und Wirkung des Unfallentschädigungsgesetzes vom 6. August 1897 und der Novelle von 1900, die auch die landwirtschaftlichen Arbeiter unter den Schutz des Gesetzes stellt, sowie ihre Aufnahme in der Öffentlichkeit. Er sieht in dem durch die Gesetze geschaffenen Zustand immerhin eine Etappe auf dem Wege weiterer Vervollkommnung.

Kögler stellt in Kürze die Hauptergebnisse der 1997er Enquete über die Reform des österreichischen Krankenversicherungsgesetzes und die statistischen Daten der Krankenversicherung seit 1897 dar. Eingehender behandelt er die Entwicklung der Unfallversicherung: die jedes Jahrfünft erfolgende Revision der Gefahrenklassifikation, die Änderungen des Beitragstarifes, die Neubewertung der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten auf Grund neueren Beobachtungsmaterials. Weiter werden die Frage eines etwaigen Wechsels des finanziellen Systems bei der Unfallversicherung und die Ergebnisse der Unfallstatistik erörtert. Der dritte Abschnitt enthält den Dezember 1904 veröffentlichten Programmentwurf der österreichischen Regierung über die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung.

Das Nachtragsheft der ungarischen Arbeiterversicherung ist ebenfalls von Kögler bearbeitet. Es bringt die Statistik der Krankenversicherung seit 1898, den 1903 vom ungarischen Handelsministerium veröffentlichten Gesetzentwurf betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter in Ungarn samt Motivenbericht. Ebenso wie die Versicherung gegen Unfall ist auch die Invaliditäts- und Altersversicherung noch nicht sozialgesetzlich geregelt. Sie ist bislang privater Initiative überlassen; der Landes-Pensionsverein der Privatbeamten und der 1893 gegründete Invaliden- und Pensionsverein der Arbeiter Ungarns sind es vor allem, die hier eine bedeutendere Tätigkeit entfalten. Letzterer Verein hatte im Jahre seiner Errichtung 624, im Jahre 1904 bereits 27000 Mitglieder.

Skarzynski betrachtet die Weiterentwicklung der russischen Arbeiterversicherung, die auf allen Gebieten, dem der Kranken- wie dem der Alters- und Invaliditätsversicherung, besonders aber auf dem der Unfallversicherung in mäßigem Tempo Fortschritte zeitigt. Zu nennen sind hier die vorläufigen Vorschriften vom 15. Mai 1901 betreffend die Einführung staatlicher Pensionen zugunsten der in staatlichen Berg- und Hüttenwerken arbeitsunfähig gewordenen Arbeiter und das Unfallentschädigungsgesetz vom 2. Juni 1903, das alle Fabrik- und Bergarbeiter und deren Familien gegen die Folgen von Unfällen sichert, indem es die Betriebsunternehmer haftpflichtig macht. Im Anhang findet sich der Plan der Reichsarbeiterversicherung, die ein kaiserlicher Ukas vom 12. Dezember 1904 verspricht.

A. Hjelt endlich schildert den Stand der Arbeiterversicherung in Finland, die im allgemeinen eine wenig erfreuliche Entwicklung zeigt. Fast in allen Zweigen der Arbeiterversicherung herrscht Sterilität. Die Krankenversicherung ruht nach wie vor auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. In die Unfallversicherung einbezogen sind die Seeleute, außerhalb der Versicherung stehen noch immer Land- und Forstwirtschaft. Eine obligatorische Alters- und Invaliditätsversicherung

der Arbeiter unterliegt augenblicklich den Beratungen eines vom Senate eingesetzten Komitees. H. gibt in großen Umrissen den Stand des Unterstützungskassenwesens im Jahre 1902, kommentiert das Gesetz vom 10. Januar 1902 betreffend die Unfallversicherung der Seeleute und bespricht die Tätigkeit und die finanzielle Lage der durch Gesetz von 1897 geschaffenen, von den Kranken- und Begräbniskassen getrennten besonderen Kassen für Alterspensionen.

Bei dem von Jahr zu Jahr zunehmenden Reichtum an Material ist es verständlich, daß Georg Zacher, dessen Wirkungskreis durch seine Ernennung zum Direktor im reichsstatistischen Amt eine Änderung erfahren hat, seine Tätigkeit an dem von ihm geschaffenen Werke auf die Oberleitung beschränkt und die Bearbeitung der Nachtragshefte Fachmännern der betreffenden Länder überlassen hat. Geschieht solche arbeitsteilige Weiterführung im Sinne des Begründers, wie in den angezeigten Publikationen, so ist gegen ihre Zweckmäßigkeit nichts einzuwenden. F. Kriegel.

Die Krankenversicherung im Jahre 1903. Bearb. i. Kais. Statist. Amt. Referent: P. Mayet. Statistik des deutschen Reiches. 163. Bd. Berlin. Puttkammer & Mühlbrecht, 1905.

Da augenblicklich die Erörterungen über die Vereinheitlichung der einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung die breiteste Öffentlichkeit beschäftigen, so beanspruchen die hier mitgeteilten Erhebungen erhöhte Aufmerksamkeit. Dem Tabellenwerk sind wie in früheren Jahren bemerkenswerte Erläuterungen aus der sachkundigen Feder des Reg.-Rates Prof. Dr. Mayet vorausgeschickt, welche zum Verständnis des Zahlenmateriales erheblich beitragen und in eingehender und scharfsinniger Weise in sozialer Hinsicht wichtige Punkte hervorheben. Die Art der Bearbeitung der statistischen Nachweisungen ist unverändert geblieben: es sind hier durch die gesetzlichen Bestimmungen über die Statistik der Krankenversicherung und die Form der Rechnungsführung der Krankenkassen leider in mancher Hinsicht zu enge Grenzen gezogen, so daß mangels erforderlicher Unterlagen z. B. über die Erkrankungs- und Sterbehäufigkeit der einzelnen Berufe mit Unterscheidung der Altersklassen und der Krankheiten nichts beigebracht werden kann; ebensowenig können über die Inanspruchnahme der Dienste der Ärzte und ihre Honorierung Nachweise geliefert werden. Hoffentlich wird auch den medizinalstatistischen Wünschen bei der Abänderung der Arbeiterversicherung Rechnung getragen werden.

Von besonderem Interesse sind die Nachrichten über die Mitgliederzahl der Krankenkassen: dieselbe belief sich 1903 durchschnittlich auf 10224297 (davon 2546680 weibl.), nimmt man die Mitglieder der Knappschaftskassen hinzu auf 10914933 = 18,6 % der Bevölkerung des deutschen Reiches. In Hamburg waren 402 auf 1000 Einwohner versichert, mehr als ein Viertel der Bevölkerung noch im Königreich Sachsen, Sachsen-Koburg-Gotha, Sachsen-Altenburg, Braunschweig, Reuß ä. und j. Linie, Lippe (zwischen 318 und 280); die Mindestzahl in Schaumburg-Lippe: 80. Die eingeschriebenen Hilfskassen, welche ja im Augenblick die gesetzgebenden Faktoren beschäftigen, hatten, soweit sie den § 75 des K. V. G. entsprechen, zusammen 887130 Mitglieder. Bei den auf die Vereinfachung der Organisation der Arbeiterversicherung gerichteten Bestrebungen ist eine Unterscheidung der Kassen nach Größenklassen von Bedeutung: die größte Kasse ist die Leipziger Ortskrankenkasse mit 136032 Mitglieder. Aus den Mitteilungen über die Leistungen der Kassen sei erwähnt, daß seit 1885 die Krankenkassen

in 51214063 mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfällen den Mitgliedern Hilfe gebracht haben, uneingerechnet die Unterstützungen bei Entbindungen und die an erkrankte Angehörige der Mitglieder. Die Leistungen für Wöchnerinnenunterstützungen sind nach den Kassenarten gesetzlich verschieden geregelt; bei den Ortskrankenkassen wurden 1903 1687051 M. (1,22 M. auf 1 weibl. Mitglied) dafür aufgewendet, bei den Betriebskrankenkassen 1120915 (2,08), bei den Innungskrankenkassen 26608 (0,72); in der Gemeindekrankenversicherung und in den beiden Hilfskassenarten (zusammen 594000 weibl. Mitgl.) fehlt eine Verpflichtung dazu fast ganz. Für Rekonvaleszentenfürsorge (nach Beendigung der Krankenunterstützung) wurden im Berichtsjahr 157405 M. von einer Anzahl von Kassen, darunter 109068 M. von Ortskranken- und 43121 M. von Betriebskrankenkassen, verausgabt. Es betrugen im Jahre 1903: 1. die Krankheitskosten (rund): 180842000 M.; 2. die Beiträge der Arbeitgeber: 57692000 M.; 3. die Beiträge der Arbeitnehmer, Eintrittsgelder 135585100 M. Der Unterschied zwischen 1. und 3. ist zugunsten der Arbeitnehmer 44991000 M. Auf einen Versicherten entfallen demnach im Jahre 17,69 M.; von ihm selbst gezahlt 13,29 M., so daß er mehr empfangen hat 4,40 M. Was die finanziellen Verhältnisse der Krankenkassen betrifft, so betrugen die gesamten Einnahmen (rund) 242917000 M.: die Ausgaben 230521000 M. Alle Krankenkassen hatten bis Ende 1903 (rund) 164622000 M. als Reservefonds aufgesammelt. In sachverständigen Kreisen hegt man begründete Zweifel, ob diese Höhe notwendig sei. Rechnet man die 181000000 M. Reservefonds der Unfallversicherung hinzu, so liegt die bedenkliche Beeinflussung des Kapitalmarktes auf der Hand. Georg Heimann.

Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie, Medizinalstatistik und alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. Hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel. Vierter Band: Bericht über das Jahr 1904. Gustav Fischer. Jena 1905. 434 S. (11,00 M.)

Wie seine Vorgänger, enthält auch dieser Band 1. eine Chronik der Sozialen Hygiene, in der auch die wichtigsten Daten der Medizinalstatistik verzeichnet sind, 2. eine Gesetzestafel, in der nicht nur die Gesetze, sondern auch die wichtigeren Erlasse und Verordnungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens des In- und Auslandes registriert werden, 3. eine Kongreßtafel, auf der über jeden in Frage kommenden allgemeinen oder Spezialkongreß unter Angabe der Referenten und der Referate berichtet wird, 4. ein Referatsteil, in den über mehrere hundert Publikationen von zwölf Mitarbeitern (A. Blaschko, M. Bloch, A. Gottstein, P. Hüls, O. Neumann, F. Prinzing und B. Spiethoff ärztlicherseits, P. Georg, A. Koch-Hesse, S. Saenger, A. Südekum nationalökonomischerseits) Besprechungen geliefert werden, und 5. eine Bibliographie, in der sämtliche auch nur entfernt in Frage kommende, im Berichtsjahr erschienene Publikationen aus dem Gebiete der Sozialen Hygiene, Bevölkerungsstatistik, Medizinalstatistik und sämtlichen Zweigen des sozialen Versicherungswesens aufgeführt sind. Das abschließende Namenverzeichnis enthält 3000 Autorennamen. Auch alle Daten und Publikationen aus dem Gebiete der Sozialen Medizin sind berücksichtigt und zwar die Krankenversicherung unter Abschnitt III „Prophylaxe und Krankenfürsorge“, während die Unfall- und Invaliditätsversicherung unter Abschnitt IV „Soziale Hygiene der Arbeit“ ihren Platz gefunden hat. Originalaufsätze enthalten die Jahresberichte nicht. Infolgedessen ergänzen sich die von den nämlichen Herausgebern redigierten Jahresberichte und diese Zeitschrift in der Weise, daß

diese der Pflege größerer Arbeiten gewidmet ist, jene aber die Sammlung der kleinen Nachrichten, die Orientierung durch Referate und die Aufstellung der Bibliographie besorgen. Der Jahresbericht erscheint nach wie vor alljährlich am 1. Juli des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

A.-R.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1]

Sitzung vom 9. März 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr M. Radziejewski spricht über **„Die Bedingung und die Bedeutung der Sehschärfe für die einzelnen Berufsarten"** und tritt dafür ein, daß erstens jedes Kind beim Eintritt in die Schule ein Attest mitbringe, was hinsichtlich der Sehleistung von dem Kinde erwartet werden dürfte, und ferner, daß das Kind beim Verlassen der Schule sich genau untersuchen und attestieren lasse, ob es sich für den gewählten oder gewünschten Beruf in Rücksicht auf sein Sehvermögen eigne. Er empfiehlt, sich zu diesem Zwecke folgender Tabelle zu bedienen, in der er die Berufsarten nach Sehschärfen geordnet hat.

Sodann demonstriert Herr A. Gottstein **„Statistische Tabellen über den Brustumfang der Phthisiker"**. Die Versicherungsmedizin hat festgestellt, daß der Brustumfang, in bestimmter Weise in der Mitte zwischen Ein- und Ausatmung gemessen, zwischen 50 und 60 Proz. der Körpergröße beträgt und ungefähr bei

[1]) Die Verhandlungen der einzigen in Deutschland bestehenden Gesellschaft für Soziale Medizin werden wir unseren Lesern fortlaufend im Auszuge mitteilen. Bezüglich des genauen Wortlautes verweisen wir auf die „Verhandlungen" der Gesellschaft und die Berichte in der „Medizinischen Reform", herausgeg. von Dr. R. Lennhoff. Der Vollständigkeit wegen tragen wir die Berichte über die Sitzungen von der ersten Sitzung an nach. Die konstituierende Versammlung fand nach den von P. Mayet, R. Lennhoff und A. Grotjahn getroffenen Vorbereitungen am 16. Februar 1905 statt. In den Vorstand wurden gewählt als I. Vorsitzender Prof. Dr. Mayet, Regierungsrat im Kaiserlich Statistischen Amt, II. Vorsitzender Dr. Dietrich, Geheimer Ober-Medizinalrat im Preußischen Kultusministerium, III. Vorsitzender Prof. Dr. Lassar, I. Schriftführer Dr. Rudolf Lennhoff, Herausgeber der „Medizinischen Reform", II. Schriftführer Dr. A. Grotjahn, Herausgeber der Jahresberichte über soziale Hygiene und der Zeitschrift für Soziale Medizin, Kassenführer Dr. Georg Heimann vom Statistischen Amt der Stadt Berlin, Bibliothekar Dr. Friedrich Kriegel, Herausgeber der Jahresberichte über Soziale Hygiene und der Zeitschrift für Soziale Medizin, Beisitzer Sanitätsräte Dr. Landsberger und Dr. A. Gottstein. — Zurzeit zählt die Gesellschaft 175 Mitglieder. Die Versammlungen finden in Berlin in Prof. Lassar's Auditorium statt.

Männliche Berufsarten.

I. Jedes Auge $^2/_3$ Sehschärfe und mehr.	II. Ein Auge $^2/_3$ Sehschärfe und mehr, das andere $^1/_3$ Sehschärfe u. mehr.	III. Sehschärfe weniger als II.
Achatschleifer	Anstreicher	Arbeiter (gewöhnl.)
Bahnmeister	Aufseher	Bäcker
Bahnwärter	Bandagist	Blumenbinder
Bernsteinschnitzer	Barbier	Buchbinder
Bildhauer für Holz, Gips, Elfenbein	Bautechniker	Bürstenbinder
Bremser	Bereiter	Conditor
Brillenschleifer	Bildhauer	Färber
Buchdrucker	Böttcher	Flaschenspüler
Büchsenmacher	Brauer	Gärtner
Bootsmann	Bremser	Gerber
Brückenwärter	Bronceur	Glasbläser
Chirurgische Instrumentenmacher	Brunnenbauer	Gepäckträger
Ciseleur	Bureaubeamter	Hausdiener
Dachdecker	Diener	Heizer
Dekorateur	Eisenhobler	Instrumentenstimmer
Drechsler	Elektrotechniker	Kammmacher
Feilenhauer	Friseur	Koch
Feuerwehrmann	Former	Korbmacher
Förster	Fuhrmann (gewöhnl.)	Kranzbinder
Glasschleifer	Gasarbeiter	Laternenanzünder
Goldarbeiter	Galvaniseur	Landwirtschaft
Graveur	Gelbgießer	Laufbursche
Haltepunktwärter d. Bahn	Glaser	Möbelpolierer
Kupferstecher	Gürtler	Müller
Kunstschmied	Handschuhmacher	Ofenarbeiter (Ziegeleien etc.)
Kutscher (herrschaftl.)	Hutmacher	Packer
Lithograph	Kaufmann	Rohrleger
Lokomotivführer	Kellner	Schmied
Maler	Klempner	Seifensieder
Marine	Lackierer	Seiler
Maschinenbauer	Lehrer	Steinsetzer
Maurer	Maschinist	Stubenbohner
Mechaniker	Metalldreher	Straßenreiniger
Messerschmied	Militärfelddienst	Strumpfwirker
Modelleur	Monteur	Tabakarbeiter
Optiker	Musiker	Tafeldecker
Photograph	Musikinstrumentenmacher	Weinküfer
Porzellanarbeiter	Nadler	Ziegelstreicher
Retoucheur	Orgelbauer	
Schaffner	Postdienst	
Schiffbauer	Putzer für Glas- u. Miniaturarbeiten	
Schlosser	Sattler	
Schneider	Schlächter	
Schwertfeger	Schornsteinfeger	
Seemann	Schreiber	
Stationsbeamter (Außendienst)	Schriftsetzer	
Steinmetz	Schuhmacher	
Stereotypeur	Schutzmannschaft	
Stuckateur	Segel- und Tuchmacher	
Tapezierer	Stationsbeamter (im Innendienst)	
	Stallbediensteter	

I. Jedes Auge 2/3 Sehschärfe und mehr.	II. Ein Auge 2/3 Sehschärfe und mehr, das andere 1/3 Sehschärfe und mehr.	III. Sehschärfe weniger als II.
Telegraphist	Steinschleifer	
Tischler	Stellmacher	
Uhrmacher	Tierausstopfer	
Unteroffizierschule	Töpfer	
Xylograph	Vernickler	
Weichensteller	Wagenbauer	
Zahntechniker	Wächter	
Zimmerer	Weber	
	Zinngießer	
	Weibliche Berufsarten	
Bildhauerin für Holz, Gips, Elfenbein	Bandagistin	Arbeiterin (gewöhnl.)
Graveurin	Dienstmädchen	Blumenbinderin
Kupferstecherin	Friseurin	Buchbinderin
Lithographin	Handschuhmacherin	Fabrikarbeiterin
Malerin	Hutmacherin	Gärtnerin
Modelleurin	Kaufmännisches Gewerbe	Glasbläserin
Photographin	Kellnerin	Hausmädchen für gröbere Arbeiten
Retoucheuse	Kindergärtnerin	Köchin
Schneiderin	Krankenpflegerin	Korbflechterin
Schreibmaschinenschreiberin	Lehrerin	Kranzbinderin
Spitzenklöpplerin	Musikerin	Landwirtschaft
Telegraphistin	Postdienst	Packerin
Xylographin	Putzmacherin	Plätterin
Weißzeugnäherin	Schreiberin	Straßenreinigerin
Zahntechnikerin	Weberin	Stubenbohnerin
		Tabakarbeiterin
		Wäscherin

55 Proz. liegt. Maße, die sich der unteren Grenze nähern, lassen auf Konsumtion schließen, Maße, die der oberen Grenze nahe kommen, auf gesundheitsschädliche Fettleibigkeit. G. hat nun aus dem Material einer Gesellschaft 600 Fälle von männlichen Versicherten, von denen trotz der sorgfältigen Auslese später 100 an Lungenschwindsucht zugrunde gingen, folgende Tabellen zusammengestellt:

Tabelle I.

Brustumfang: Körpergröße nach Altersklassen:

	20–30 J.	31–40 J.	41–50 J.	Alle Alter
Tuberkulöse	51,8 %	52,2 %	54,0 %	52,3 %
Nichttuberkulöse	53,0 %	55,5 %	55,7 %	54,9 %

Kolonne 4 ergibt als Durchschnitt für die Tuberkulösen 52,3, für die Nichttuberkulösen 54,9. Auf die Durchschnittsgröße berechnet beträgt dies den immerhin wesentlichen Unterschied des Brustumfanges von 4–5 cm. Es zeigt sich ferner, daß das Verhältnis bei den Tuberkulösen für jedes Dezennium unterhalb der Werte für die Nichttuberkulösen bleibt, daß aber für jede Altersgruppe ein Anstieg mit dem zunehmenden Alter eintritt. Dieser Anstieg ist offenbar durch die mit den Jahren eintretende größere Leibesfülle bedingt.

In Tabelle II sind Tuberkulöse und Nichttuberkulöse nach der Körpergröße geordnet.

Tabelle II.

Brustumfang: Körpergröße nach der Größe:

	151—160 cm	161—170 cm	171—180 cm	181—190 cm
Tuberkulöse	53,2 %	52,5 %	51,6 %	50,8 %
Nichttuberkulöse	57,1 %	55,1 %	54,5 %	53.4 %

Auch hier bleiben die Werte bei den Schwindsüchtigen erheblich unterhalb derjenigen für die andere Gruppe. Es zeigt sich aber, daß mit zunehmender Körpergröße eine Abnahme des Prozentsatzes bei beiden Gruppen stattfindet, d. h. daß die Kurve der Körpergröße steiler ansteigt als die des Brustumfanges und daß dadurch ein Mißverhältnis zwischen Längenwachstum und Brustumfang zu ungunsten des letzteren eintritt. Für die allergrößten Nichttuberkulösen erreicht die Zahl Werte. die dem Durchschnitt der Tuberkulösen bedenklich nahe kommen.

Tabelle III.

Brustumfang: Körpergröße bei Tuberkulösen nach der Zeit der Versicherungsdauer:

Jahre	%		
0—1	52,4	0—5:	51,9
1—2	53,1		
2—3	51,5		
3—4	51,2		
4—5	51,8		
5—6	51,7	6—10:	52,6
6—7	53,6		
7—8	53,2		
8—9	52,4		
9—10	50,5		
11—15			52,6
15—26			52,3

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß das Mindermaß des Verhältnisses unabhängig von der Dauer der Versicherung und schon vorhanden ist, gleichviel ob zwischen der Aufnahme in die Versicherung und der späteren tödlichen Erkrankung 1, 5. 10 oder 20 Jahre liegen. Da die Dauer der manifesten Erkrankung keine so lange ist und die Versicherten ja bei ihrer Aufnahme bestimmt gesund befunden worden sind, so beweist die Tabelle III, daß der geringere Brustumfang der später tuberkulös Erkrankten das Primäre und nicht etwa die Folge einer schon bestehenden Erkrankung ist.

Zum Schluß hält Herr Bielefeld einen Vortrag über **„Das Anschwellen der Invalidenrenten und die ärztlichen Atteste“.** Die Summe der in jedem Jahre auszuzahlenden Invalidenrenten ist schnell und stark angewachsen. Bei sämtlichen deutschen Landes-Versicherungsanstalten hat die Zahl der laufenden Renten im Anfang des Jahres 1897 rund 161000, 1898 210000, 1899 264000. 1900 324000, 1901 405000, 1902 486000, 1903 574000, 1904 663000, 1905 735000 betragen. Es sind neu bewilligt worden im Jahre 1899 rund 91000, 1900 125000, 1901 130000, 1902 142000, 1903 152000, 1904 140000. Vom Jahre 1901 an haben Kommissionen. bestehend aus Mitgliedern des Reichsamts des Inneren und des Reichs-Versicherungsamts, die Bezirke verschiedener Landes-Versicherungsanstalten bereist, um die Tätigkeit der einzelnen Anstalten und das bei ihnen übliche Verfahren zu prüfen. Die Folge dieser Reisen sind gewesen, daß die Zahl der bewilligten Renten gesunken ist. Sehr zu beachten ist aber, daß nicht nur die bewilligten Renten an sich gesunken sind, sondern auch die Zahl der Anträge

auf Bewilligung von Invalidenrenten. Aus letzterem geht hervor, daß die Abnahmen nicht die Folge eines von den Behörden ausgeübten Druckes sein können. In einer 1903 revidierten Versicherungsanstalt hat die Zahl der Rentenanträge im 1. Semester 1902 4649, 1903 5311, 1904 nur 4749, in einer anderen, in demselben Jahre revidierten Anstalt im 1. Semester 1903 2489, 1904 nur 1748 betragen. Von den verschiedensten Seiten sind eine ganze Reihe von Gründen für das Anschwellen der Invalidenrenten geltend gemacht worden, so ist mehrfach behauptet, daß Rentenbewilligungen auch in solchen Fällen zustande kommen, die nicht dem Sinn des Gesetzes entsprechen. Aber auch das Gesetz selbst hat man verantwortlich zu machen gesucht, daß es die Erlangung einer Rente zu sehr erleichtere, auch sollen manche unteren Verwaltungsbehörden gelegentlich die Rentenbewerber begünstigen. Da für die Erlangung einer Invalidenrente das ärztliche Attest von größter Bedeutung ist, so ist nicht zu verwundern, daß gegen die Aerzte bezüglich ihrer Gutachtertätigkeit Klagen erhoben worden sind, über die Redner objektiv berichtet. Sehr wichtig ist, daß die Aerzte gebührend den Unterschied zwischen Berufsinvalidität und Invalidität im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes berücksichtigen. Es muß der Arzt in erster Linie den Begriff der „Erwerbsunfähigkeit" genau kennen. Sieht man sich aber die Definition an, die das Gesetz selbst gibt, so erkennt man, wie viele Momente der Arzt in jedem einzelnen Falle zu beurteilen und abzuwägen genötigt ist. Der Arzt muß wissen, wieviel in der betreffenden Gegend ein Normalarbeiter von der Ausbildung, von den Fähigkeiten des Rentensuchers verdient, welchen Teil der Normalarbeit der Anwärter noch leisten kann, und wieviel er demnach zu verdienen imstande ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nicht allein die eigentliche Berufsarbeit des Anwärters, sondern auch eine ähnliche, wie z. B. für einen Buchhalter eine Tätigkeit als einfacher Schreiber, in Betracht kommt. Keine Rücksicht darf darauf genommen werden, daß z. B. der Buchhalter aus Standesrücksichten es ablehnt, die Arbeit eines Schreibers zu übernehmen. In diesem Sinne liegen ausdrückliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vor. Andererseits darf man den Normalarbeiter auch nur aus der entsprechenden Berufsart wählen. So dürfe man einen Buchhalter nur in Vergleich setzen zu einem kaufmännischen Normalarbeiter, einen Bergmann zu einem Bergarbeiter. Von größter Bedeutung ist die Niederschrift eines möglichst eingehenden Befundes. Ist nun der Arzt zu der Ansicht gekommen, daß Invalidität vorliegt, und ist ihm nicht schon in dem Formular die Frage vorgelegt, ob der Antragsteller noch 300, 500 M. usw. verdienen kann, so soll der Arzt möglichst die Zahl benennen, die nach seiner Meinung in Betracht kommt. Mit einer einfachen, prozentualen Abschätzung kann der Richter wenig anfangen. Durchaus zu vermeiden sind allgemeine Angaben, wie „befähigt zu leichten Arbeiten", wenn nicht der Arzt mindestens einige solcher ihm leicht erscheinenden Arbeiten anführe, die dem Versicherten zugemutet werden können. Das Gutachten sei um so eindrucksvoller, wenn der Arzt für seine Ansicht noch besondere Gründe anführt. Ferner muß berücksichtigt werden, ob der Bewerber zwar zu gewissen Arbeiten an sich befähigt ist, aber nur mit daraus resultierender Schädigung seiner Gesundheit; derartige Arbeiten können ihm nicht zugemutet werden. Es kommt auch nur in Frage, ob er zu wirklicher Lohnarbeit befähigt ist, nicht aber etwa zu irgend einer anderen Erwerbstätigkeit, z. B. als selbständiger Gewerbetreibender (Händler, Hausierer etc.); die umgekehrte Ansicht ist irrig. Sind nun alle diese Momente berücksichtigt, dann ist ferner zu prüfen, ob die Arbeiten, zu denen der Bewerber

imstande ist, sei es nach Lage des Arbeitsmarktes, sei es nach dem Zustande seines Leidens, dauernd auszuführen sind oder nur tage- resp. wochenlang, nach Saison etc., und wieviel auf Grund dessen die Summe des von ihm zu Erwerbenden im Laufe eines Jahres beträgt. Dabei sind gegebenenfalls miteinzurechnen Naturalleistungen, wie freie Wohnung, Beköstigung, Kleidung. Wo die einfache Untersuchung oder Beobachtung dem attestierenden Arzt kein abschließendes Urteil ermöglicht, ist ihm auf das dringendste anzuraten, eine Beobachtung im Krankenhause vorzuschlagen. Der Antragsteller muß sich die Ueberweisung ins Krankenhaus zu diesem Zwecke gefallen lassen. Durch ihre Atteste können die Aerzte dazu beitragen, nicht daß die Renten herabgedrückt werden, sondern daß sie nur solche Leute erhalten, die sie nach dem Gesetz verdienen. Dann sichern sich auch die Aerzte den ihnen bei der Durchführung der Versicherungsgesetze zukommenden Einfluß. Je mehr ihre Atteste berücksichtigt werden, um so mehr wächst ihre Freude an der Mitarbeit. Auf eine solche von seiten der Aerzte legt das Reichsversicherungsamt sehr großen Wert, was es ja am besten dadurch beweist, daß es Mustergutachten regelmäßig amtlich veröffentlicht. Jeder, der mit der deutschen Arbeiterversicherung Bescheid weiß, ist davon durchdrungen, daß die Aerzte deren unentbehrlichste Stütze sind.

Sitzung vom 25. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Th. Weyl trägt über **„Geschichte der sozialen Hygiene im Mittelalter“** vor. Unter Demonstration zahlreicher historischer Abbildungen schildert er, wie man sich im Mittelalter der Volkskrankheiten, insbesondere der Pest zu erwehren suchte. In der Mitte des 14. Jahrhunderts wanderte die orientalische Bubonenpest nach Italien ein. Sie traf das Land vollkommen unvorbereitet. Zwar bestanden seit dem 13. Jahrhundert in den größeren italienischen Städten, wie Pistoja, Lucca und Firenze bereits sogenannte Codici sanatarii, Gesundheitsgesetze. Aber alle die weisen Verordnungen dieser Codici standen nur auf dem Papier, auf die Realität der Dinge hatten sie keinen Einfluß. Als 1348 der schwarze Tod nach Florenz kam, da gab es keine Abwehrmaßregeln. Da waren es nun die Veneciane r, welche sich von dem Banne der herrschenden Meinung losmachten und zum ersten Male von Staats wegen gegen die Seuche einschritten. Sie erwählten am 30. März 1348 die Triumviri zur Abwehr der Pest. Diese bekamen eine fast unbeschränkte Machtbefugnis und verordneten, daß die Beerdigung der Armenleichen außerhalb der Städte zu geschehen habe und zwar in fünf Fuß tiefen Gräbern. Als dann die Pest 1399 und 1400 von neuem auftauchte, raffte sich die Signorie von Venedig zu einem geradezu unerhörten Beschlusse auf. Trotz der Frömmigkeit jener Tage wurden die Geißlerzüge verboten. Auch die übrigen Länder und Städte Italiens verkündeten allmählich die „hygienischen Grundgesetze“. Aber mit der Ausführung sah es schlimm aus. Denn abgesehen von einigen steinernen Häusern, in denen die Fürsten und die hohen Beamten wohnten, und von einigen Palästen reicher Geschlechter, bestanden die italienischen Städte im 14. Jahrhundert aus niedrigen Holzhäusern. Sobald die Pest in der mittelalterlichen Stadt ausgebrochen war, vereinigten sich sämtliche Bürger unter Vortritt der hohen und niedrigen Geistlichkeit zu Prozessionen. Litaneien singend durchzogen sie die Straßen und gerade, was sie verhindern wollten, führten sie herbei, nämlich die Verbreitung der Infektion. Zwar verbot man an einzelnen Stellen das Leichengefolge; das ist auch in Florenz im Jahre 1348 geschehen.

Aber man beschwerte sich mit Recht darüber, daß das Leichengefolge zwar dem armen Manne versagt blieb, daß aber dem Reichen so viel Priester folgten, als die Hinterbliebenen bezahlen wollten oder konnten. Ein fernerer Grund, weshalb sich die Pest in den Städten so lange hielt und immer wieder von neuem auftrat, ist darin zu suchen, daß man auf die Bestattung der Leichen geringe Sorgfalt verwandte. Während wir gesehen, daß bereits 1348 Venedig strenge Maßregeln traf, wurden in anderen Städten auch nach dieser Zeit die Leichen. wie bisher, im Innern der Stadt beerdigt und zwar mit Vorliebe in den Kirchen und um die Kirchen herum. Es waren unerhörte Gerüche, welche die Gräber ausatmeten. In anschaulicher Weise erzählt ein Florentiner Schriftsteller um das Jahr 1348, daß man die Leichen mit Erde bedeckte und auf die Erde wieder eine Leichenschicht und dann eine neue Schicht Erde brachte. Aber endlich fiel in diese bigotte, abergläubische, mystische Zeit ein Lichtstrahl menschlicher Intelligenz. Es waren die Herren von Mailand, die Visconti, welche sich auf dem Gebiet der Seuchenabwehr großen und dauernden Ruhm erwarben und in Mailand selbst die Häuser, in denen sich Pestkranke befanden, niederreißen und die Pestkranken darunter begraben ließen. Gian Galeazza Visconti, erließ 1399 die erste Desinfektionsordnung. Es wurden sogar besondere Desinfektoren und Wäscher angestellt. Die Tätigkeit der Visconti auf dem Gebiete der Pestbekämpfung war für alle folgenden Jahrhunderte maßgebend. Ich möchte daher das von ihnen ausgehende System das Viscontische nennen. Das 15. Jahrhundert bringt nun einen weiteren sehr bemerkenswerten Fortschritt. Es entstand nämlich im Jahre 1403 die erste Quarantäneanstalt, von der wir Kunde haben, und zwar in Venedig. Ferner wurde hier im Jahre 1577 das erste schwimmende Lazarett errichtet. Allmählich verbreitete sich nun die in Italien erprobte Form der Pestbekämpfung auch in Deutschland. Das ist nicht wunderbar, wenn wir bedenken, in wie regem Geistesaustausch beide Länder miteinander getreten waren. Wir wissen ja, daß deutsche Aerzte in großer Zahl über die Alpen gingen, um in Bologna, Padua, Pavia und Pisa Medizin zu studieren. Ich möchte aus der großen Zahl dieser Aerzte den Physikus Ewich von Bremen hervorheben, der mit Luther intim befreundet war. Ewich berichtet in seinem Werke über die Abwehr der Pest, daß nach Luther's Meinung die Krankheiten nicht nur durch die Sünden der Menschen entstehen, sondern auch aus anderen Ursachen, und zwar durch Mutwillen und Verwahrlosung der Menschen. In diesem Werke Ewich's wird genau auseinandergesetzt, wie sich eine Stadt gegen die Pest verhalten soll.

Darauf trägt Herr Guttstadt über die **„Entwicklung der Medizinalstatistik in Preußen“** vor.

Das Statistische Bureau feiert am 28. d. M. das hundertjährige Bestehen; unter seinen neun Geschäftskreisen befindet sich auch die Medizinalstatistik. Da ich seit Einrichtung dieses Geschäftskreises im Jahre 1874 die Arbeiten zu erledigen habe, hielt ich mich für verpflichtet, hier in einem Kreise von Fachmännern einen kurzen Bericht über die Medizinalstatistik in Preußen zu erstatten. Wenn man von einer Entstehung der Medizinalstatistik sprechen will, so kann ich nur wie der Herr Vorredner auf das Auftreten der Pest hinweisen, welche hygienische Maßregeln hervorgerufen hat, die von uns heute noch als richtig anerkannt werden. Unter dem Großen Kurfürsten sind zum ersten Male wegen des Auftretens der Pest Anordnungen getroffen worden, über Erkrankte und Verstorbene Nachrichten einzuziehen. In späterer Zeit, im Anfange des 18. Jahr-

hunderts, gibt es schon dauernde Anordnungen, welche darauf hinzielen, ein medizinalstatistisches Material zu beschaffen. Zur Zeit Friedrich's des Großen, der durch die bekannte Arbeit von Süßmilch auf die große Bedeutung aufmerksam gemacht wurde, welche die Nachrichten über die Bewegung der Bevölkerung haben, sind Angaben über Todesursachen ganz besonders beachtet worden. Ueber die Bewegung der Bevölkerung sind Berichte in erster Linie aus Städten, die natürliches Interesse dafür hatten, überliefert, so aus Augsburg, welches Nachrichten über die Bevölkerung bereits im Jahre 1500 gesammelt hat, dann aus Breslau 1550, Straßburg 1564 usw. Später hat man auch in England dieser Angelegenheit mehr Aufmerksamkeit gewidmet und dort auch die ersten Publikationen ausgeführt. In Preußen wurde im Jahre 1805 das Statistische Bureau errichtet, und zwar auf Veranlassung des Ministers v. Stein. Die äußere Veranlassung dazu war geschaffen durch den Geheimen Registrator Krug, der über die ökonomischen Verhältnisse der Bewohner des preußischen Staates ein Werk veröffentlicht hatte, welches die Aufmerksamkeit König Friedrich Wilhelm's III. erregte; vom 28. Mai 1805 datiert die Order, die die Errichtung des Statistischen Bureaus befahl. Hatte man schon vorher Berichte über die Bevölkerungen erhoben, Bevölkerungslisten geführt, dann diese Berichte zu ergänzen gesucht, so wurden jetzt dauernde Grundlagen dafür geschaffen. Unter dem Einfluß von Süßmilch hatte die Neigung, die Todesursachen festzustellen, dazu geführt, daß das „Allgemeine Landrecht" Teil II, Titel 11, eine Bestimmung enthielt, wonach die Geistlichen verpflichtet waren, bei Anmeldung von Todesfällen nach der Todesursache sich zu erkundigen. Die eigentliche Berichterstattung lag damals in den Händen der Kirchengemeinden: Diese Einrichtung bestand bis 1874, in welchem Jahre das Standesamtsgesetz einschneidende Aenderung auf diesem Gebiete herbeiführte. Bei der Beratung des Gesetzes ist allerdings die Frage nach den Todesursachen namentlich von juristischer Seite in bezug auf die Aufnahme in das Register bekämpft worden. Obgleich auch Virchow dafür eintrat, die Frage nach den Todesursachen in das Gesetz hineinzubringen, ist es nicht gelungen. Es wurde auf dem Verwaltungswege den Standesbeamten aufgegeben, neben dem Protokoll über jeden Fall von Geburt, Eheschließung und Sterbefall eine Zählkarte auszufüllen; sie sind verpflichtet, diese Zählkarten an das Statistische Bureau vierteljährlich einzureichen. Viel Zeit ging bisher dadurch verloren, daß die Rückfragen wegen Todesursachen durch Vermittlung des Regierungspräsidenten an die Kreismedizinalbeamten gehen mußten. Mit der neueren Gesetzgebung auf dem Gebiet des Medizinalwesens ist ein großer Fortschritt zu verzeichnen, da das Statistische Bureau jetzt ermächtigt ist, mit den Kreisärzten direkt zu verhandeln. Von vornherein habe ich sehr bedauert, daß nicht die ärztliche Leichenschau für das ganze Land durchgesetzt werden konnte. Was die Aufbereitung des Materials betrifft, so wurde ein Formular entworfen, dessen Ausfüllung auf Grund der standesamtlichen Zählkarten für Gestorbene seit 1874 bis heute in derselben Weise erfolgt. Gerade als dieser Geschäftskreis im Statistischen Bureau eingerichtet wurde, noch in demselben Jahre 1874, tagte eine Reichskommission hier mit der Aufgabe, statistische Aufgaben für das künftige Reichsgesundheitsamt vorzuberaten. Der Kommission gehörten aus mehreren Bundesstaaten 11 Herren an. Als Schriftführer dieser Kommission habe ich in sehr eingehender Weise alle Einrichtungen, die im Deutschen Reiche in bezug auf die Todesursachen und andere medizinalstatistische Fragen damals bestanden, zu bearbeiten Gelegenheit ge-

habt, so daß reiches Material darüber in dem Berichte, der in der Zeitschrift des königl. Statistischen Bureaus 1874 zu finden ist, niedergelegt ist. In bezug auf die Altersklassen der Gestorbenen haben wir von jener Zeit an immer unterschieden das Säuglingsalter von der Altersklasse 1—2, 2—3, 3—6 Jahren usw. Natürlich wurde auch das Geschlecht der Gestorbenen getrennt für jede Altersklasse, weil in bezug auf die Sterblichkeit die beiden Geschlechter große Verschiedenheiten zeigen. In Verbindung mit dieser Einrichtung konnten die Tabellen der Todesursachenstatistik einen Wert erlangen, wenn auch die ärztliche Totenschau nicht landesgesetzlich geregelt ist. Die Aufstellung einer solchen Tabelle erfolgt für jeden Kreis, nach Stadt und Land getrennt. Dadurch, daß wir Zählkarten für Gestorbene haben, sind wir in der Lage, für jeden einzelnen Ort die geschilderten Tabellen aufzustellen. Gegen Erstattung der Abschriftskosten werden diese Tabellen, und nur, wo diese besonders aufgestellt werden, für einen bestimmten Arbeitspreis jedem Besteller geliefert. Es wird von dieser Einrichtung viel Gebrauch gemacht, von Kreisärzten und Gemeinden, von Standesbeamten und Personen, die wissenschaftlich arbeiten; namentlich, wenn es sich darum handelt, sanitäre Verbesserungen in Städten zu begründen. Inzwischen war das Statistische Bureau, nachdem die Mitwirkung der Kreisärzte durch den Ministerialerlaß vom 20. August 1901 für die Richtigstellung der Todesursachen mehr als bisher gesichert worden war, bemüht, die bisherige Nomenklatur der Todesursachen abzuändern. Diese gelangte zur Erörterung in einer kommissarischen Beratung 1903 im Kultusministerium. Die Beratung bezog sich auch auf das systematische Verzeichnis für Berlin, das auf Veranlassung des Berliner städtischen statistischen Amtes nach Virchow's Tode durch die Beratung der Krankenhausärzte der Stadt abgeändert war. Die Ergebnisse dieser Beratungen dienten dann als Grundlage für die Verhandlungen im Kaiserlichen Gesundheitsamte 1903 und 1904, aus denen ein systematisches Verzeichnis der Todesursachen hervorging, das durch Ministerialerlaß sämtlichen Aerzten Preußens zur Kenntnisnahme und Verwertung überwiesen wurde. Für die Landesstatistik ist außerdem ebenfalls ein Verzeichnis vereinbart worden. Dieses Schema ist in Preußen seit 1903 eingeführt und wird in allen Bundesstaaten wohl zur Einführung gelangen. Ein Blick in die Zukunft weist in bezug auf medizinalstatistische Aufgaben dringend auf das Gebiet des Versicherungswesens hin: man darf sich nicht beschränken, bloß eine Statistik von Todesursachen zu bearbeiten, sondern muß dahin streben, die Krankheiten und ihre Letalität statistisch festzustellen.

Sitzung vom 15. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Der Vorsitzende verliest folgende Adresse, die die Gesellschaft am 28. Mai dem königl. preußischen Statistischen Bureau zur Feier seines 100jährigen Bestehens überreicht hat:

„Die Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik hat ihr Präsidium beauftragt, das Königliche Statistische Bureau an dem Tage der Jahrhundertfeier zu beglückwünschen, insbesondere zu der Wirksamkeit seiner medizinalstatistischen Abteilung. Jubiläen sind Meilensteine am Wege der Zeit; sie laden zu einem ruhigen Rückblick auf die durchmessene Strecke ein. Da sehen wir vom Statistischen Bureau etappenweise Rüstkammern aufgerichtet, aus denen die Streiter des Tages ihre Waffe holen. Jede große Frage der Gegenwart auf

sozialmedizinischem und hygienischem Gebiet hat frühzeitig in dem Statistischen Bureau ihre Bearbeitung und Durchleuchtung gefunden: die Bekämpfung der venerischen Krankheiten, des Alkoholismus, der Kindersterblichkeit, der Pocken durch die Impfung. Eine Reihe wertvoller Arbeiten waren einzelnen Krankheiten, dem Typhus, Flecktyphus und Rückfallfieber, auch der Tuberkulose und der Wirksamkeit des Kochschen Tuberkulins gewidmet. Die Frage der obligatorischen Leichenschau beleuchtete es bereits in den 70er Jahren. — Bezüglich der Aerztefrage behandelte es die ärztliche Gewerbefreiheit und ihren Einfluß auf das öffentliche Wohl, die praktische Ausbildung der Aerzte in Kliniken und die Frage der Spezialärzte. Der Anthropologie leistete es Dienste durch seine dauernd fortlaufende Zählung der Eheschließungen unter Blutsverwandten und seine Zählung sowohl der Fälle von Blutsverwandtschaft als von erblicher Belastung bei den verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten. Die Bände der preußischen Medizinalstatistik sind gewaltige Arsenale, gefüllt mit Tatsachenmaterial, als Waffen des Geistes im Kampfe gegen die Krankheiten, die Feinde des Menschengeschlechts. Vollständige lückenlose Erhebung, sorgfältige Prüfung und Sicherstellung durch zahllose Rückfragen, geschickte Aufbereitung mit Hilfe der von dem preußischen Statistischen Bureau gepflegten eigenen Zählkartenmethode, klare Darstellung in übersichtlichen Tabellen, allgemein verständliche Begleittexte mit wissenschaftlicher Betrachtung des Zahlenstoffes, — das sind die Eigenschaften, die die medizinische Wissenschaft, die unsere Gesellschaft an den medizinalstatistischen Veröffentlichungen des Bureaus hochschätzt. Wir haben das Glück, den Leiter der medizinalstatistischen Abteilung des Bureaus, der seit einem Menschenalter an ihrer Spitze steht, zu den Unseren zu zählen und haben hierin noch einen besonderen Anlaß gefunden, dem Statistischen Bureau unsere Glückwünsche darzubringen. Wir verbinden diese mit der Bitte, daß die freundwillige Stellungnahme des Herrn Präsidenten und der Mitglieder des Statistischen Bureaus zu der freien wissenschaftlichen Vereinigung, die wir bilden, für alle Zeit die gleiche bleiben möge. Im Auftrage der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik: P. Mayet, E. Dietrich, O. Lassar."

Herr O. Lassar berichtet über die umfassende **Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** und demonstriert im Anschluß an seinen Bericht eine Reihe von Projektionsbildern über historische und moderne Badeinrichtungen.

Darauf trägt Herr H. Schönheimer über die **„Dringlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung"** (§ 6a und 26a KrVG.) vor. Das alte Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 schrieb in den §§ 6, 20 etc. in den Krankenkassen nur vor, daß sie den Mitgliedern „freie ärztliche Behandlung" gewähren müssen. Worin diese freie ärztliche Behandlung bestehen soll, durch wen sie zu leisten sei, darüber war nichts gesagt und die allgemeine Auffassung ging dahin, daß es dann eben der Kasse freistände, dies zu bestimmen. Es entsprach dies ja auch der historischen Entwicklung des Krankenkassenwesens, da ja in der Zeit vor der Einführung des Gesetzes die Krankenkassen die ärztliche Hilfe fast allgemein durch fest angestellte Aerzte gewährt hatten. Der erste Gesetzgeber hatte also keineswegs etwa daran gedacht, die freie Arztwahl gesetzlich festzulegen. Er hatte es vielmehr als selbstverständlich betrachtet, daß die freie ärztliche Behandlung durch eigens dazu bestimmte Aerzte gewährt werden würde, und es sogar wegen dieser vermeintlichen Selbstverständlichkeit für überflüssig gehalten, in das Gesetz Bestimmungen darüber aufzunehmen. Es unterliegt aber

keinem Zweifel, daß nach dem Wortlaute dieses Gesetzes eine solche Selbstverständlichkeit, die mehr der historischen Entwicklung entsprach, nicht ausgedrückt war, sondern daß gerade die weiteste unorganisierte und darum in der Praxis undurchführbare freie Arztwahl daraus interpretiert werden konnte. Andererseits ließ aber gerade die herrschende Interpretation, daß nämlich die ärztliche Hilfe durch bestimmte Kassenärzte zu gewähren sei, auch die Annahme zu, daß die bei anderen als diesen angestellten Aerzten requirierte Hilfe auch in dringlichen Fällen nicht besonders honoriert werden müsse. Hier setzte nun die Novelle vom 10. April 1892 ein, indem sie im § 6a, al. 6 für die Gemeinde-Krankenversicherung und im § 26a, al. 2b für die Ortskrankenkassen bestimmte, daß die Kassen in ihre Statuten die Bestimmung aufnehmen dürfen, „daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind, und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann". Formell bedeutete dies eine Einschränkung, in Wahrheit aber eine Ausdehnung der Leistungen der Krankenkasse, denn da auch vorher nicht das Bestehen einer freien Arztwahl angenommen worden war, so kam als Novum der neuen Fassung nunmehr hinzu, 1. daß diese freie Arztwahl jetzt jedenfalls überall dort bestand, wo nicht das Statut die Zulässigkeit der Bezeichnung bestimmter Aerzte gestattete und 2. die Rücksichtnahme auf die dringenden Fälle. Ohne weiteres ist ersichtlich, daß die Dringlichkeit der Zuziehung eines Arztes dann gegeben ist, wenn Gefahr im Verzuge ist, daß sich die Krankheit ohne die sofortige Zuziehung eines Arztes verschlimmern würde. Es kann aber auch einem Patienten nicht zugemutet werden, stärkere Schmerzen länger, als unbedingt nötig ist, zu ertragen, so daß also auch der Schmerz die Dringlichkeit rechtfertigt. Alle solche Fälle, in denen der Patient das Bedürfnis nach rascher Hilfe empfindet und der hinzugezogene Arzt die Dringlichkeit bestätigt, sind als objektiv dringliche Fälle bezeichnet worden. Nun können aber auch einzelne Symptome der Krankheit für den Patienten so beunruhigend sein, daß er selbst glaubt, rasch der ärztlichen Hilfe zu bedürfen, während der hinzugezogene Arzt etwa konstatiert, daß der Fall einen Aufschub ohne dauernden Schaden für den Kranken wohl vertragen hätte. In diesen recht häufigen Fällen wird man gleichwohl die Dringlichkeit der Zuziehung des Arztes anerkennen müssen, denn der Kranke selbst kann nicht beurteilen, ob seine Angst gerechtfertigt ist oder nicht; für ihn war eben die Zuziehung des Arztes dringlich. Solchen Fällen hat man die Bezeichnung der subjektiven Dringlichkeit gegeben. Auch eine relative Dringlichkeit muß anerkannt werden. Wenn z. B. die Krankenkasse nicht für genügende ärztliche Hilfe sorgt, so kann der Fall auch dann dringlich sein, wenn er es unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht wäre, wenn nämlich zwar nicht die Erkrankung eine sofortige eilige ärztliche Hilfeleistung erfordert, wohl aber doch dem Kranken nicht zugemutet werden kann, so lange darauf zu warten, wie sie bei der durch die Krankenkasse gewährten mangelhaften ärztlichen Versorgung nur erfolgen kann. In diesem Falle würde ein zwar nicht absolut dringlicher, aber im Verhältnis zu der gewährten krankenkassenärztlichen Versorgung relativ dringlicher Fall vorliegen. Derartige Fälle haben besonders in

neuerer Zeit, wo es in verschiedenen Gegenden Deutschlands zu sog. Aerztestreiks gekommen ist, eine große Rolle gespielt.

Sitzung vom 29. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Eggelrecht (Leipzig) trägt über **„Massageausübung durch Blinde“** vor und liefert durch seine Ausführungen den Beweis, daß die Massage wohl unter die von Blinden ausgeführten Arbeiten aufgenommen werden kann; denn die Blindheit, die natürlich an und für sich ein Hindernis abgibt, kann dennoch in einem Grade überwunden werden, von dem viele Sehende nichts wissen. Tast- und Gehörsinn lassen genügend weite Pforten, um dem Geist Bildung zuführen zu können. Die Sehenden unterschätzen auch heute noch die Leistungsfähigkeit der Nichtsehenden einfach aus Unkenntnis. Und doch repräsentiert die deutsche Blindenarbeit einen volkswirtschaftlich nicht unansehnlichen Teil des ganzen Marktes. Immerhin ist die Auswahl besonders der einträglichen Berufe für Erblindete gering; der Arbeitsertrag ist im einzelnen meist geringer als bei Sehenden und durch die Konkurrenz der Maschine noch erschwert. Es wurde deshalb die Anregung, Blinde in der Ausübung der Massage zu verwenden, 1900 mit Freude als Erweiterung des Arbeitsgebietes begrüßt. In Leipzig z. B. werden im Jahre etwa 30000 Massagen von Blinden ausgeführt.

Sitzung vom 6. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Th. Sommerfeld trägt über **„Die Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen“** vor. Die Bekämpfung von Gefahren für Gesundheit und Leben, insbesondere durch vorbeugende Maßnahmen, setzt voraus, daß wir über die Quellen dieser Gefahren, über das Wesen und die Erscheinungsformen der durch sie bedingten Erkrankungen in allen ihren Einzelheiten unterrichtet sind. Ueber so eingehende Kenntnisse, wie sie hier gefordert werden und wie sie sich bei näherer Betrachtung für ein zweckmäßiges und wirksames Eingreifen als unerläßlich erweisen, verfügen wir auf dem Gebiete, mit dem wir uns heute befassen wollen, auch nicht entfernt. So umfangreich auch die Literatur über gewerbliche Gesundheitspflege in den letzten Jahrzehnten geworden ist — so fehlt doch fast in allen Ländern die auf breitester Grundlage aufgebaute, methodische Untersuchung der gesundheitlichen Lage der einzelnen Industrien. Die Schwierigkeiten wachsen, wenn wir die Erforschung von gewerblichen Vergiftungen, die wir nunmehr ausschließlich berücksichtigen wollen, ins Auge fassen. Wenn wir von den wenigen und deshalb gar nicht in die Wagschale fallenden sinnfälligen körperlichen Veränderungen absehen, die das eine oder andere Gift erzeugt, wie den Bleisaum das Blei und die lochartigen Hautgeschwüre die Chromate, so sei hier mit Nachdruck betont, daß, wie auch Lehmann-Würzburg auf der Hagener Jahresversammlung der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrts-Einrichtungen vor wenigen Wochen hervorgehoben hat, kaum eine einzige Krankheit durch gewerbliche Gifte entsteht, die nicht mit nahezu den gleichen Symptomen aus ganz anderen Ursachen entstanden sein könnte. In diesen Fällen ist die Diagnose selbst für den fachwissenschaftlich durchgebildeten Arzt ungemein schwierig und erfordert ein nicht geringes toxikologisches Wissen. Hierzu kommt, daß einige gewerbliche Gifte in ihren Beziehungen zur menschlichen Gesundheit überhaupt

noch nicht sicher erforscht sind, andererseits in der mächtig fortschreitenden chemischen Industrie andauernd neue giftige Substanzen erzeugt und verwendet werden. Um Mißverständnissen vorzubeugen, nehme ich auch an dieser Stelle Veranlassung, anzuerkennen, daß die Gewerbeaufsichtsbeamten trotz der sich ihnen naturgemäß entgegenstellenden Schwierigkeiten andauernd aufs eifrigste bemüht gewesen sind, ihrerseits zur Erforschung und Bekämpfung der Giftgefahr in den gewerblichen Betrieben beizutragen und daß sie mit größtem Eifer sich die statistischen Unterlagen zu verschaffen gesucht haben. Für eine Reihe von Betrieben, in denen gefährliche, giftige Substanzen erzeugt, bzw. verwendet werden, wird als eine gewisse Ergänzung der Tätigkeit der Aufsichtsbeamten durch Bekanntmachungen des Bundesrats die Einsetzung von Fabrikärzten angeordnet, deren Aufgabe darin besteht, die Arbeiter in bestimmten, gesetzlich vorgeschriebenen Zwischenräumen einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen und das Ergebnis der Untersuchung dem Arbeitgeber bekannt zu geben. Letzterer ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung führen zu lassen. Die periodische Untersuchung muß entsprechend den Bekanntmachungen des Bundesrats erfolgen, in Zwischenräumen von wenigstens zwei Wochen in Spiegelbeleganstalten (seit 1889), zweimal im Monat in den Bleifarbenfabriken (1903), einmal im Monat in den Alkalichromatfabriken (1897), in den Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren (1897), in den Thomasschlackenmühlen (1899), in den Zinkhütten (1900), in den Bleihütten (vom 1. Januar 1906), von drei Monaten in den Anlagen zur Anfertigung von Zündhölzern unter Verwendung von weißem Phosphor (1893). Die Fabrikärzte werden von dem Unternehmer angestellt und besoldet; sind von demselben also völlig abhängig. Die derzeitige Regelung der Verhältnisse des Fabrikarztes ist, wie ich in meiner letzten Publikation „Der Gewerbearzt"[1]) weiter auseinandergesetzt habe, noch rückständig, und auch eine Reihe von Aufsichtsbeamten und Medizinalbeamten schätzen den Wert der Kontrollbücher nur gering ein. Einwandsfreie und verwertbare Einzeichnungen werden wir allgemein nur dann erlangen, wenn der Vertrauensarzt staatlich angestellt, also unabhängig gemacht wird. Auch eine systematische Beaufsichtigung der Gewerbebetriebe durch die Kreisärzte oder Bezirksärzte erfolgt nicht und muß wegen der Fülle der sonstigen Obliegenheiten der Beamten auch für die Zukunft als ausgeschlossen gelten. Wir ersehen aus diesen Ausführungen, daß weder die Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten, noch die der Fabrikvertrauensärzte oder der Kreis- bzw. Bezirksärzte ausreicht, uns über die Art und Häufigkeit der gewerblichen Vergiftungen aufzuklären. Aber selbst wenn diese Institutionen vollkommen wären und in idealer Weise funktionierten, würden hierdurch nicht entfernt alle gewerblichen Vergiftungen erfaßt werden. Ich habe nur nötig darauf hinzuweisen, daß nur für eine kleine Gruppe von gefährlichen Giftbetrieben die Anstellung von Fabrikvertrauensärzten gesetzlich vorgeschrieben ist und daß sehr viele Betriebsgruppen, in denen mit Giften hantiert wird, bisher überhaupt nicht der Gewerbeinspektion unterstellt sind. Der einzige Weg, die Größe und die Quellen der Gefahr festzustellen, ist die Verpflichtung aller Aerzte, alle Vergiftungen, die auf den Gewerbebetrieb zurückzuführen sind, der zuständigen Medizinalbehörde anzuzeigen. In dieser Richtung bewegten sich die Verhandlungen der im September 1904 stattgehabten Delegiertenversammlung der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiter-

[1]) Der Gewerbearzt, Gust. Fischer, Jena 1905.

schutz. Für die Anzeigepflicht kommen nur die Aerzte in Frage, die durch ihre Stellung zu den Krankenkassen in erster Reihe von den gewerblichen Vergiftungen Kenntnis erhalten. Die Forderung der Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen ist keineswegs eine Utopie, sondern eine wohldurchdachte und durchführbare Maßregel. Dies beweist das Vorgehen von England, wo die fragliche Anzeigepflicht seit dem Jahre 1895 obligatorisch eingeführt ist.

Sitzung vom 20. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr E. Joseph trägt über **„Krankentransportwesen und die Neuorganisation in Berlin"** vor.

In einer Stadt wie Berlin finden täglich an 300 Kranke in den Krankenhäusern Aufnahme. Von diesen ist kaum ein Drittel imstande, das Krankenhaus zu Fuß aufzusuchen, fast 200 bedürfen also eines Beförderungsmittels. Man wird zugeben, daß die Krankenbeförderung von täglich ca. 200 Menschen in Berlin immerhin ein Faktor ist, welcher nicht nur allgemeines, sondern auch ein hygienisches Interesse erweckt. Von diesen 200 Kranken werden durchschnittlich nur 60—70 mittels eines besonderen Krankenwagens befördert. Der weitaus größte Teil bedient sich also eines öffentlichen Verkehrsmittels. Diese Tatsache bedeutet offenkundig einen schweren Mißstand nicht nur für den Kranken, für welchen ein unzweckmäßiger Transport in einem öffentlichen Fahrzeug qualvoll und unter Umständen auch gefährlich werden kann, sondern vor allem auch für das Publikum, welches dadurch der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten in hohem Grade ausgesetzt ist. Von den Einrichtungen selbst, die der Verband für erste Hilfe in Berlin bisher geschaffen hat, will ich kurz folgendes anführen, ohne auf die technischen Einzelheiten näher einzugehen. Es besteht eine Hauptstelle (Schiffbauerdamm 20), welche die Bureauräume umfaßt. Diese vermittelt den Verkehr mit dem Publikum, der Polizei, den Behörden etc. Sie ist mit den einzelnen Depots durch direkten Draht verbunden, ebenso mit der Zentrale der Rettungsgesellschaft, welche den Bettennachweis in den Krankenhäusern regelt. Eine direkte Verschmelzung dieser beiden Zentralen war zurzeit aus äußeren Gründen nicht angängig, dürfte aber in Zukunft als zweckmäßig angestrebt werden. Jedes Depot enthält die Stallungen für die Pferde, Remisen für die Krankenwagen, Wohnräume für das Personal, sowie eine vollständig eingerichtete Desinfektionsanstalt. Die Wagen, sämtlich mit bester Federung und Gummireifen versehen, sind durchweg gefällig gebaut und zeigen drei verschiedene Typen. Der Betrieb dieses Unternehmens ist gegenüber der bisherigen Beförderung erheblich verteuert, schon mit Rücksicht darauf, daß nach jedem Transport die Desinfektion erfolgt. Die Selbstkosten eines jeden Transportes mit nachfolgender Desinfektion betragen nach den bisherigen Erfahrungen 7 M. Auf der einen Seite sehen wir also die erheblichen Mehrkosten, welche die konsequente Durchführung der hygienischen Maßnahmen bedingt, auf der anderen Seite besteht das Bestreben, das Krankentransportwesen zu einer allgemeinen öffentlichen Einrichtung zu machen dadurch, daß man die Ausführung der Beförderung unabhängig von der Bezahlung macht und weniger Bemittelten Ermäßigung gewährt.

Sitzung vom 26. Oktober 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Mayet verliest folgende Adresse, durch die Herr Sanitätsrat S. Neumann in Berlin anläßlich seines 86. Geburtstages zum Ehrenmitgliede ernannt wird: „Dem Begründer der Sozialen Medizin, dem Vater der Statistik der Stadt Berlin, der zwei Menschenalter hindurch den Idealen seiner Jugend treu, gewissenhaft und unermüdlich den Fortschritt der Sozialen Medizin und der Medizinalstatistik betrieben, wird es zur freudigen Genugtuung gereichen, daß, wenn auch spät, so doch endlich, die Begründung einer wissenschaftlichen Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik möglich wurde. Nachdem sich schon nach einem halben Jahr gezeigt hat, daß diese Gesellschaft nicht nur lebensfähig ist, sondern durch stetigen Zuwachs an Mitgliedern, durch eine sich dauernd steigernde Zahl ernster Arbeiten ihren hohen Aufgaben gerecht zu werden verspricht, glauben wir es wagen zu dürfen, Ihnen, hochverehrter Herr Sanitätsrat, die uns obliegende Pflicht der Dankbarkeit zu bezeigen. Sie haben bereits im Jahre 1847 in Ihrer Schrift über „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum" die Wichtigkeit des sozialen Momentes in Medizin und Hygiene als Erster betont und die hochbedeutsamen Worte den Aerzten zugerufen:

> „Daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen beträchtlichen Teil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedarf keines Beweises. Die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft, und solange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert sein wird, wird man auch ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schale und dem Scheine begnügen müssen. Die soziale Natur der Heilkunst steht über allem Zweifel."

Dieser wahrhaft prophetischen Worte wird unsere Gesellschaft stets eingedenk sein. Sie wird nie Ihre grundlegenden Verdienste um die jetzt so hochentwickelte Statistik der Stadt Berlin vergessen, noch auch, daß, wie der Altmeister der Statistik Boeckh bezeugt, die von Ihnen vor langer Zeit eingeleitete Reform einen festen Teil des internationalen Programms für die Volkszählungen bildet. Es wird unserer Gesellschaft Ehre und Genugtuung bereiten, auf den von Ihnen in zahlreichen Arbeiten der sozialen Medizin und der Medizinalstatistik gewiesenen Wegen fortzuschreiten. Sie naht Ihnen, hochverehrter Herr, heute, um Sie um die Erlaubnis zu bitten, Sie in ihren Listen als erstes Ehrenmitglied führen zu dürfen. Berlin, den 21. Oktober 1905, im Auftrage der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. P. Mayet, R. Lennhoff.

Sodann schildert Herr G. Heimann die Organisation der bevorstehenden **Volkszählung** in Berlin. Die 390 Stadtbezirke Berlins sind in kleinere Zähleinheiten, in zusammen 2775 Zähldistrikte eingeteilt, die sich wiederum in 28300 Zählbezirke gliedern. Jeder Bezirk umfaßt ein Haus; ausnahmsweise sind mehrere kleine Häuser zu einem Zählbezirk vereinigt. Ein jeder Distrikt ist einem Distriktskommissar unterstellt, jeder Bezirk einem Zähler. Diese Personen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Den Distriktskommissaren sind im ganzen 376 Assistenten beigegeben, die ein Honorar von 30–50 M. beziehen. Sie haben die Distriktskommissare bei den schriftlichen Arbeiten zu unterstützen und, nachdem die Zählpapiere durch die Haushaltungsvorstände ausgefüllt und durch die Zähler

an die Distriktskommissare zurückgestellt sind, dieselben auf den Polizeirevieren mit den Revierbüchern zu vergleichen. Dann folgt die Bearbeitung des Materiales durch das Statistische Amt. Die Kosten der Volkszählung sind recht bedeutend und betrugen in Berlin bei der vorigen Zählung 297000 M. Berlin ist die einzige Stadt in Preußen, welche die Herstellung und die Aufbereitung der Zählpapiere selbständig übernimmt. Die Ausgaben dafür werden vom Staate wieder erstattet. Die Wiedererstattung belief sich für 1900 auf 25000 M.; von anderen Gemeinden wurden 3000 M. erstattet, so daß etwa 270000 M. wirkliche Kosten der Stadt Berlin übrig blieben. Teils sind die Kosten sachlicher Natur, zum Teil Ausgaben für das die Zählung ausführende Personal. Bei den Vorbereitungen waren außer dem ständigen Personal des Amtes schon 80 Leute eingestellt und die Höchstzahl im Laufe der Bearbeitung der Zählpapiere wird sich auf etwa 300 belaufen. Aber der Hauptpunkt, worauf ich Ihre Aufmerksamkeit lenken wollte, ist die Frage nach den Gebrechlichen. Sie lautet: Ist die zu zählende Person blind auf beiden Augen, taubstumm, geisteskrank, geistesschwach? Man hätte noch manches hinzusetzen können, z. B. ob epileptisch, ob verkrüppelt usw., Fragen, die für die jetzt so lebhaften Fürsorgebestrebungen von allererster Bedeutung sind, aber Berlin hat nicht das Recht, selbständig Zusatzfragen zu machen, sondern muß dazu die Zustimmung des Statistischen Landesamts und die des Ministeriums des Innern haben. In bezug auf die Krüppel wird übrigens bei der Berufszählung in zwei Jahren Gelegenheit sein, nähere Ermittlungen anzustellen. Betont sei, daß die Feststellung der Erblindung für einen Laien mitunter sehr schwierig ist. Es finden naturgemäß häufig Verwechslungen mit Schwachsichtigkeit statt. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat in seiner soeben veröffentlichten ausführlichen Publikation über die Blinden nach der Volkszählung von 1900 ebenfalls auf die Unsicherheit der Ermittlungen, da die Feststellung der Blindheit nicht von sachverständiger Seite erfolgte, hingewiesen. Andererseits ist die Frage in sozialer Hinsicht von größter Wichtigkeit. Da hat man im Jahre 1895 in der Schweiz den Ausweg eingeschlagen, daß man die bei der Volkszählung ermittelten Blinden durch Augenärzte hat nachprüfen lassen. Auf diese Weise hat man ein sehr zuverlässiges Material bekommen. (Vgl. Zeitschr. f. Schweiz. Statist. 1900, Bd. 2.) Es ist sehr wohl möglich, die bei der bevorstehenden Zählung in Berlin zu ermittelnden Blinden in gleicher Weise durch Augenärzte nachprüfen zu lassen, die sich zweifellos in genügender Zahl unentgeltlich zur Verfügung stellen werden. Ich würde deshalb der Gesellschaft zu erwägen geben, ob wir eine diesbezügliche Anregung an die Behörden ergehen lassen sollen.

Darauf trägt Herr Dietrich über **„Den Rückgang des medizinischen Studiums“** vor. Nach den Berechnungen unseres bewährten Medizinalstatistikers Georg Heimann betrug am Ende des vorigen Jahres die Zahl der Aerzte im Deutschen Reich 30487 oder 5,40 auf 10000 Einwohner oder ein Arzt auf 1852 Einwohner. Die Gesamtzunahme hatte sich in den Jahren von 1897—1903 nur wenig verändert. Sie betrug in Deutschland durchschnittlich jährlich 852 Aerzte; dagegen zeigte das Jahr 1904 einen deutlichen Rückgang der Zunahme auf 460 oder um 46 Proz. Diese erhebliche Abnahme des ärztlichen Zuwachses hält Heimann in seinem bemerkenswerten Aufsatz in der „Deutschen Med. Wochenschrift“, Jahrgang 1904, Seite 1936, für eine vorübergehende. Beobachtungen, welche ich bei der Bearbeitung des ärztlichen Prüfungswesens in Preußen gemacht habe, veranlaßten mich, den Ursachen in der Bewegung der Zahl der Aerzte näherzutreten und mir die Frage vorzulegen, ob jene Abnahme tatsäch-

lich eine vorübergehende oder ob sie der Beginn eines durch die Verhältnisse bedingten und für die nächste Zeit gleichmäßig zu erwartenden Rückganges des ärztlichen Berufes überhaupt sei. Der Bestand an Aerzten richtet sich nach dem Angebot und der Nachfrage. Das Angebot ist abhängig von der Zahl derjenigen, welche jährlich die Approbation als Arzt erhalten und die Praxis aufnehmen, sowie in zweiter Linie von der Zahl der Studenten, welche sich jährlich dem medizinischen Studium widmen. Die Nachfrage wird bedingt durch den Tod der in der Praxis stehenden Aerzte, durch das Wachstum der Bevölkerung und die Verwendung von Aerzten in Stellungen, welche die allgemeine Praxis nicht oder nur in geringem Maße gestatten, wie die Militärärzte, vollbesoldeten Kreisärzte, Krankenhausärzte und -hilfsärzte, fixierte Kassenärzte und Vertrauensärzte.

Tabelle I.

Zahl der ärztlichen Approbationen, erteilt in den Prüfungsjahren (Oktober bis Oktober).

Staat	1899/1900	1900/1901	1901/1902	1902/1903	Durchschnitt der Jahre 1899/1900 bis 1902/1903	1903/1904	(1904/1905)	Abnahme in Prozenten im Jahre 1903/1904 (1904/1905) gegen den Durchschnitt der vier Jahre von 1899/1900 bis 1902/1903	Zunahme
Preußen	662	614	647	717	660	426	(362)	35,45 (45,00)	—
Bayern	341	304	308	360	328	282	—	14,02	—
Sachsen	113	105	111	111	110	70	—	36,36	—
Württemberg	26	50	45	53	43,5	40	—	8,00	—
Baden	92	115	120	126	113	97	—	14,15	—
Hessen	39	33	37	42	37,7	47	—	—	24,6
Mecklenburg-Schwerin	31	30	48	39	37	40	—	—	8,00
Thüringische Staaten	29	35	30	43	34	21	—	38,33	—
Elsaß-Lothringen	51	58	60	60	55,8	34	—	39,00	—
Deutsches Reich	1384	1344	1406	1551	1421	1057	—	25,61	—

Dennoch zeigt sich bei den größten Bundesstaaten eine erhebliche Abnahme der Approbationen seit dem Jahre 1903/1904.

Daraus geht hervor, daß die Zahl der Medizinstudierenden seit dem Jahre 1848 im andauernden Steigen begriffen gewesen ist bis zum Sommersemester 1890, wo die Höhe von 8724 erreicht wurde. Vom Wintersemester 1890/1891 sinkt die Zahl stetig, bis sie im Sommersemester 1902 die Zahl von 6607 und damit den Stand des Jahres 1883/1884 wieder erreicht hat. In den letzten Jahren ist sie noch weiter gesunken. Dagegen hat die Zahl sämtlicher Studierender von 11 486 im Sommersemester 1848 fortgesetzt zugenommen, und zwar nicht nur bis zum Jahre 1890, sondern ununterbrochen bis in die letzten Jahre hinein. Jedenfalls ist die Zahl der Medizinstudierenden auf den deutschen Universitäten seit 1890 erheblich im Rückgang, während die Gesamtzahl aller Studierenden ebenso wie die Bevölkerung ununterbrochen gewachsen ist. Es liegt mir fern, alle sonstigen Gründe erschöpfend vortragen zu wollen, welche den Rückgang des medizinischen

Tabelle II.

Zahl der Medizinstudierenden und der Studierenden aller Fakultäten im Deutschen Reiche vom Wintersemester 1847/48 bis Wintersemester 1902/1903.

Zuwachs der Bevölkerung in den Zeiträumen von 1880—1890 und 1890—1900, sowie Zuwachs bzw. Abnahme der Medizinstudierenden und der Studierenden aller Fakultäten in den Zeiträumen von 1880—1890 und 1890—1902

Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizinstudierenden	Zahl der Studierenden aller Fakultäten	Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizinstudierenden	Zahl der Studierenden aller Fakultäten
1847/48	1 570	12 230	1868/69	2 921	13 905
1848	1 506	11 486	1869	2 954	13 804
1848/49	1 659	11 986	1869/70	3 033	13 997
1849	1 660	11 813	1870	3 140	14 157
1849/50	1 788	12 374			
1850	1 858	12 220	1870/71	2 600	12 256
			1871	2 991	13 093
1850/51	1 932	12 426	1871/72	3 606	15 227
1851	1 992	12 323	1872	3 659	15 359
1851/52	2 095	12 732	1872/73	3 692	15 776
1852	2 165	12 689	1873	3 574	15 891
1852/53	2 202	12 724	1873/74	3 581	16 215
1853	2 232	12 466	1874	3 457	16 347
1853/54	2 216	12 356	1874/75	3 426	16 460
1854	2 228	12 115	1875	3 300	16 357
1854/55	2 238	12 198	1875/76	3 333	16 624
1855	2 205	12 018	1876	3 297	16 811
1855/56	2 114	12 064	1876/77	3 370	17 379
1856	2 104	11 975	1877	3 341	17 550
1856/57	2 063	12 003	1877/78	3 330	17 875
1857	2 054	11 919	1878	3 443	18 585
1857/58	2 043	12 149	1878/79	3 535	19 040
1858	2 072	11 944	1879	3 720	19 779
1858/59	2 069	12 074	1879/80	3 760	20 182
1859	2 009	11 591	**1880**	**4 017**	**20 985**
1859/60	2 025	11 901			
1860	2 108	11 933	1880/81	4 179	21 432
			1881	4 564	22 343
1860/61	2 148	12 444	1881/82	4 779	22 863
1861	2 135	12 282	1882	5 251	23 833
1861/62	2 146	12 592	1882/83	5 520	24 170
1862	2 243	12 660	1883	6 118	25 073
1862/63	2 313	12 949	1883/84	6 303	25 236
1863	2 364	13 017	1884	6 915	25 977
1863/64	2 412	13 413	1884/85	7 011	26 225
1864	2 447	13 297	1885	7 608	27 064
1864/65	2 501	13 612	1885/86	7 680	26 928
1865	2 516	13 536	1886	8 227	27 738
1865/66	2 566	13 885	1886/87	8 145	27 655
1866	2 561	13 716	1887	8 395	28 403
1866/67	2 627	13 693	1887/88	8 109	28 076
1867	2 687	13 506	1888	8 542	28 756
1867/68	2 771	13 763	1888/89	8 452	28 551
1868	2 816	13 692	1889	8 695	29 011

Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studierenden	Zahl der Studierenden aller Fakultäten	Studienzeit W. S. u. S. S.	Zahl der Medizin-studierenden	Zahl der Studierenden aller Fakultäten
1889/90	8 558	28 628	1896/97	7 689	29 476
1890	**8 724**	**28 883**	1897	7 952	30 368
			1897/98	7 738	30 573
1890/91	8 381	28 359	1898	7 945	31 716
1891	8 406	28 115	1898/99	7 639	31 677
1891/92	8 110	27 398	1899	7 749	33 006
1892	8 162	27 547	1899/1900	7 433	32 834
1892/93	7 919	27 136	1900	7 415	33 790
1893	7 998	27 616			
1893/94	7 620	27 026	1900/01	6 995	33 688
1894	7 818	27 603	1901	6 973	34 819
1894/95	7 671	27 692	1901/02	6 710	34 839
1895	7 851	28 547	**1902**	**6 607**	**36 154**
1895/96	7 654	28 567	1902/03	6 232	35 857
1896	7 818	29 342			

Zuwachs der Bevölkerung.

1880—1890 von 45 236 000 auf 49 428 000 = + 9,2 %
1890—1900 „ 49 428 000 „ 56 367 000 = + 14,0 „

Zuwachs der Studierenden aller Fakultäten.

1880—1890 von 20 985 auf 28 883 = + 37,4 %
1890—1902 „ 28 883 „ 36 154 = + 26,0 „

Zuwachs der Medizinstudierenden.

1880—1890 von 4017 auf 8724 = + 116,9 %
1890—1902 „ 8724 „ 6607 = — 23,0 „

Studiums zu einer Zeit veranlaßt haben, in der außer den Gymnasialabiturienten auch die Realgymnasialabiturienten Medizin studieren können, und in jüngster Zeit sogar die Abiturienten der Oberrealschulen ohne Ergänzungsprüfung im Latein zu dem Studium der Medizin zugelassen werden sollen. Ich möchte nur noch kurz darauf eingehen, ob überhaupt und in welcher Weise sich diese Abnahme des ärztlichen Nachwuchses im praktischen Leben fühlbar machen, ob ihr ein Aerztemangel folgen wird. Darüber ist kein Zweifel, daß die Aerzte auf dem Lande schon jetzt sich bitter beklagen, daß sie keinen Vertreter mehr bekommen können. Einige Aerztekammern haben sich dieser Frage bereits angenommen und eine Anregung an den Herrn Medizinalminister dahingehend beschlossèn, den Medizinalpraktikanten zu gestatten, Aerzte zu vertreten. Die Kammer für Schleswig-Holstein hat sogar angeregt, daß die Vertretung eines praktischen Arztes bis zu einem bestimmten Zeitabschnitt auf das praktische Jahr angerechnet werden soll. Wenn dem Antrage seitens der Reichsregierung stattgegeben würde, so würde der Vertretermangel doch nicht aus der Welt geschafft werden, da es an Medizinalpraktikanten überhaupt zurzeit fehlt. Ebenso steht fest, daß in vielen Krankenanstalten und medizinisch-wissenschaftlichen Instituten die Stellen der Hilfsärzte nicht besetzt werden können, da kein Ersatz vorhanden ist. Eine Anzahl von Heilanstalten hat ihre Assistentenstellen mit Medizinalpraktikanten provisorisch

besetzt, um dem Mangel an ärztlicher Versorgung abzuhelfen. Dagegen ist die ärztliche Versorgung in der freien Praxis durch die abnorme Ueberfüllung der letzten Jahrzehnte noch auf Jahre hinaus gedeckt. Im Jahre 1903 kam in Preußen auf einen Arzt durchschnittlich eine Bevölkerungszahl von 1952 Einwohnern. In einigen Bezirken war das Verhältnis jedoch noch bei weitem ungünstiger: Breslau 1782, Hildesheim 1744, Hannover 1568, Stralsund 1552, Köln 1343, Wiesbaden 1125, Aurich 1090, schließlich Berlin mit 728 Einwohnern auf einen Arzt. Dagegen zeigten die höchsten Zahlen Bromberg mit 3334, Marienwerder mit 3504, Köslin mit 3959 und Gumbinnen mit 4129 Einwohnern auf einen Arzt. Würde es gelingen, eine zweckmäßige Verteilung herbeizuführen, so würde auch bei dem zu erwartenden ferneren Rückgang in der Zahl der ärztlichen Approbationen ein Aerztemangel in der allgemeinen Praxis für längere Zeit nicht eintreten. Man wird nicht umhin können, diese zweckmäßigere Verteilung, d. h. einen Abfluß aus den großen Städten auf das platte Land mit dünner Bevölkerung durch Gewährung von ausreichenden Beihilfen aus öffentlichen Kassen zu unterstützen. Ich habe es vermieden, die gesundheitlichen und sozialhygienischen Folgen zu besprechen, welche ein absoluter Aerztemangel mit sich führen wird. Die Gefahr eines solchen liegt noch nicht vor. Ich hielt es jedoch für zweckmäßig, in einer Gesellschaft, welche sich die Erörterung sozialhygienischer und medizinalstatistischer Fragen zur Aufgabe gestellt hat, auf die augenblicklichen Verhältnisse des ärztlichen Berufes und den anhaltenden Rückgang des medizinischen Studiums näher einzugehen, um die beteiligten Kreise auf diese sozialmedizinisch wichtige Erscheinung rechtzeitig aufmerksam zu machen.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Hrsg. von F. Leppmann. 1906 Nr. 1: Jungmann, Über die Invaliden-Begutachtung; Knepper, Über die Beziehungen zwischen chronischer Tabakvergiftung und Invalidenversicherung; Kühn, Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes über das Hören des behandelnden Arztes bei Ablehnung oder Feststellung der Unfallrenten und ihre Konsequenzen für die Ärzte. Nr. 3: Steyerthal, Die Beurteilung der Unfallneurosen.

Medizinische Reform. Hrsg. von R. Lennhoff. 1906. Nr. 1: H. Neumann, Die Krämpfe in der Mortalitätsstatistik der Säuglinge; Dr. Munter, Die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Ärzte. — Nr. 3: K. Agahd, Zum Kapitel Kinderarbeit. — Nr. 4: M. Epstein, Die sozialhygienische Tätigkeit der Abteilung für freie Arztwahl in München; C. S. Engel, Zum zehnjährigen Jubiläum des freiwilligen Erziehungsbeirats für schulentlassene Waisen. — Nr. 5: A. Gottstein, Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit; A. Peyser, Die Bestrebungen zur Verbreitung sozialmedizinischer Kenntnisse unter den Berliner Ärzten. — Nr. 6: R. Lennhoff, Ärztliche Wünsche zur Reform

der Arbeiterversicherung. — Nr. 7: Effler, Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung.

Medizinische Klinik. Hrsg. von R. Brandenburg. 1906. Nr. 1: G. Heimann, Die Zuverlässigkeit der amtlichen Erhebungen über die Todesursachen, besonders in Berlin. — Nr. 2: R. Tautz, Zur Hygiene des gemeinschaftlichen Abendmahlskelches. — Nr. 3: B. Burkhardt, Gesundheitsschutz der Bleiarbeiter im Deutschen Reiche; W. Kühn, Der Schularzt für höhere Lehranstalten. — Nr. 4: M. Breitung, Das Kaiser Wilhelm II. und Kaiserin Augusta Viktoria Säuglingsheim. — Nr. 5: F. v. Brincken: Über Merktafeln an den Häusern bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 6: F. Haker, Arzt und Politik. — Nr. 7: E. Kürz, Soziale Hygiene III.

Soziale Medizin und Hygiene. Hrsg. von M. Fürst und K. Jaffé. 1906. Nr. 1: Haeberlin, Die Einführung von Tarifklassen in die Krankenpflegeversicherung; K. Jaffé, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung vom ärztlichen Standpunkte; Klumcker, Über die Bedeutung der Berufsvormundschaft im besonderen für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit; H. Tjaden. Die Bekämpfung der Tuberkulose in Bremen.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. Hrsg. von H. Seelmann. 1906. II. Jahrg. Nr. 1: P. Moldenhauer, Die soziale Bedeutung des Gesetzentwurfs über den Versicherungsvertrag; C. Fiebig, Krankenkontrolle und Vertrauensärzte. — Nr. 2: Olshausen, Der Entwurf des Gesetzes betr. die Aufhebung des Hilfskassengesetzes; L. Teleky, Einige Bemerkungen zum „Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung“ in Österreich; Seelmann, Die Verwertung der Aufschrift der Quittungskarten der Invalidenversicherung für statistische Zwecke. — Nr. 3: G. Thomas, Ärztliche Gedanken über Abänderung unserer sozialpolitischen Gesetze.

Die Arbeiter-Versorgung. Hrsg. von P. Honigmann. 1906. XXIII. Jahrg. Nr. 1: Hahn, Kassenbeamte als Vorstandsmitglieder; E. Fricke, Unfallverhütung in der Landwirtschaft. — Nr. 2 u. 3: Hahn, Arbeitstag und Arbeitsschicht nach dem Krankenversicherungsgesetze; R. Lehmann, Über die Rechtskraft der Entscheidungen der Rentenfestsetzungsinstanzen der Invalidenversicherung und der auf Grund des § 155 IVG. ergehenden Entscheidungen der Verwaltungsbehörden. — Nr. 4: F. Kleeis, Herabsetzung des Lebensalters für den Bezug von Altersrente? Fuld, Bureaukratismus in der Krankenversicherung. — Nr. 5: A. Saucke, Unfallverhütung in der Landwirtschaft; M. Wörmbke, Zur Aufhebung des Hilfskassengesetzes.

Straßburger Medizinische Zeitung. 3. Jahrg. 1906. Nr. 1: Mosses, Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Elsaß-Lothringen; L. Levy, Über Vertrags- und Krankenkassen-Kommissionen auf Grund dreijähriger Erfahrungen in der Krankenkassen-Kommission des Metzer Ärztevereins; Remmer, Zur Reform der sozialen Gesetzgebung; Jessen, III. Jahresbericht der städtischen Schulzahnklinik in Straßburg i. E. 1904/1905.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. Hrsg. von C. Thiem. 13. Jahrg. 1906. Nr. 1: H. Kornfeld, Perforation der Speiseröhre durch Aneurysma; Liniger, Interessante Fälle aus der Unfallpraxis; C. Schmidt,

Störungen in der Gewohnheit an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invalidenversicherung.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. Hrsg. von H. Sydow. 1906. Nr. 1: Auch eine Apothekerrechnung. — Nr. 2: Die Pflege der Kinder von Fabrikarbeiterinnen. — Nr. 3: Der Kongreß der eingeschriebenen sowie auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteter Hilfskassen. — Nr. 4: Die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften pro 1904.

Soziale Praxis. Hrsg. von E. Francke. 15. Jahrg. Nr. 14: K. Kögler, Arbeiterschutzvorschriften in Österreich; W. v. Kalckstein, Die Untersuchung der Wohnungen der minder bemittelten Klassen in Bremen. — Nr. 15: E. Francke, Die deutsche Heimarbeiterausstellung in Berlin; A. Günther, Bleivergiftungen in hüttenmännischen Betrieben Österreichs. — Nr. 16: K. Agahd, Fort- und Rückschritte, Ursache und Wirkung der neuen Ausnahmebestimmungen des Bundesrats betr. Kinderarbeit in Werkstätten. — Nr. 17: L. Wittmayer, Ein Gemeindeatelier für Heimarbeiter der Schneider in Bern; W. v. Kalckstein, Das „Soziale Museum in Bremen"; E. Kurz, Der Entwurf einer neuen badischen Landesbauordnung. — Nr. 19 u. 20: Cl. Heitz, Die deutsche Heimarbeiter-Ausstellung.

Kommunale Praxis. Hrsg. von A. Südekum. Jahrg. 1906. Nr. 1: H. Lindemann, Verfassung und Verwaltungsorganisation der Städte in Württemberg und Sachsen. — Nr. 4: E. Fischer, Ein Kapitel aus der Armenpflege in Sachsen. — Nr. 6: O. May, Hilfsschulen für Schwachbegabte.

Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik. Hrsg. von W. Sombart, M. Weber und E. Jaffé. Bd. XX, 1904/05: R. Marschner, Die Arbeiterversicherung in Ungarn; Virgili, Das italienische Unfallversicherungsgesetz; A. Lasson, Die Ursachen der Erwerbsunfähigkeit durch Invalidität. — Bd. XXI, 1905: W. Hellpach, Sozialpathologie als Wissenschaft; H. v. Frankenberg, Die Weiterzahlung von Lohn neben dem Krankengelde.

Politisch-Anthropologische Revue. Hrsg. von L. Woltmann. IV. Jahrg. 1906. Nr. 10: L. Woltmann, Die Bedeutung des Milieus für die Rassenentfaltung. — Nr. 11: L. J. Lange, Gibt es eine Vererbung erworbener Eigenschaften? Chr. v. Ehrenfels, Die Ehe nach Mutterrecht.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Hrsg. von A. Ploetz, A. Nordenholz, L. Plate und R. Thurnwald. 1906. Januar-Februar-Heft: Weismann, Richard Semon's „Mneme" und die Vererbung erworbener Eigenschaften; Alsberg, Neuere Probleme der menschlichen Stammesentwicklung; Röse, Beiträge zur europäischen Rassenkunde und die Beziehungen zwischen Rasse und Zahnverderbnis; Westergaard, Das Körpergewicht bei der Wasser und Brot-Strafe.

Berlin, den 15. Mai 1906.

Umschau.

Die Soziale Medizin beginnt, nachdem sie sich auf rein literarischem Gebiete durchgesetzt hat, nun auch allmählich lehrfähig zu werden. Die junge Sonderdisziplin tritt damit in ein bemerkenswertes Stadium, das in seine Einzelheiten zu verfolgen nicht ohne Reiz ist. Die preußische Unterrichtsverwaltung hat an der Universität Berlin einen Lehrauftrag an M. Kirchner und an der Universität Bonn ebenfalls einen solchen an Th. Rumpf erteilt. Der erstere kommt zur Sozialen Medizin aus dem Lager der Staatsarzneikunde, der letztere aus dem der Inneren Medizin. Es wiederholt sich also hier der nämliche Vorgang, der bei der Entstehung neuer Disziplinen in der Medizin in der Regel beobachtet wurde. Wie die Augenärzte vor der Verselbständigung der Augenheilkunde aus den Reihen der Chirurgen und, um ein anderes Beispiel zu nehmen, die Physiologen zunächst aus den Anatomen gewählt wurden, so sehen wir jetzt auch in der Sozialen Medizin, daß aus Vertretern älterer Wissenschaften Dozenten zur Wahrnehmung der jüngsten Sonderdisziplin berufen werden. Man kann darauf gespannt sein, wie die Betroffenen sich ihrer Aufgabe entledigen werden. Selbstverständlich kann dieser modus procedendi nur als ein provisorischer angesehen werden, der die medizinischen Fakultäten veranlassen muß, die Soziale Medizin habilitationsfähig zu machen. Denn nur auf diese Weise können jüngere Kräfte für die großen Aufgaben gewonnen werden. Es wäre bedauerlich, wenn die Fakultäten in der traditionellen abwartenden Stellung, die sie bisher eingenommen haben, auch in Zukunft verharren würden. Schon der Umstand, daß die zukünftigen Vertreter der Sozialen Medizin und Sozialen Hygiene nicht nur medizinisch, sondern auch in systematischer Weise nationalökonomisch und statistisch geschult sein müssen, wird es später verbieten, daß Gelehrte aus anderen Disziplinen im Nebenamte mit Wahrnehmung der Sozialen Medizin an den Universitäten betraut werden. Zurzeit muß man aber der preußischen Unterrichtsverwaltung das Verdienst zusprechen, die Initiative zur Einfügung der Sozialen Medizin in den Lehrplan unserer Hochschulen ergriffen zu haben. Sache der Fakultäten wird es sein, hieraus die Konsequenzen zu ziehen.

Die Soziale Hygiene hat einen eigenartigen Umschwung in der Bevorzugung einer bestimmten Seite ihrer Wirksamkeit zu verzeichnen. Während im letzten Jahrzehnt im Vordergrunde der sozialhygienischen Betätigung der Behörden, Vereine und wohlhabenden Philantropen die Lungenheilstättenbewegung stand, ist jetzt an ihrer Stelle der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in den Brennpunkt des öffentlichen Interesses getreten. Dieser Umschwung kam besonders gelegentlich der Silberhochzeit des Kaiserpaares zum Ausdruck, indem ein großer Teil der fast insgesamt zehn Millionen Mark betragenden Stiftungen, die anläßlich dieser Feier gemacht worden sind, zur Errichtung von Säuglingsheimen, Kinderkrankenhäusern und städtischen Milchküchen bestimmt worden ist. Auch die in Berlin im März eröffnete Ausstellung für Säuglingspflege trägt dieser Zeitströmung Rechnung. Es soll damit nicht gesagt sein, daß die Lungenheilstättenbewegung nun ins Stocken geraten könnte, was selbst von denen beklagt werden würde, die den optimistischen Erwartungen bezüglich der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit durch die Lungenheilstätten stets skeptisch gegenüber gestanden haben. Die pessimistische Auffassung und niedergeschlagene Stimmung, die ohne Zweifel gegenwärtig im Lager der Lungenheilstätten-Vorkämpfer herrscht, ist gerade so unberechtigt wie früher die enthusiastischen Hoffnungen. Lungenheilstätten für im Anfangsstadium Erkrankte sind notwendig, weil ein bescheidener Prozentsatz durch den Aufenthalt in denselben geheilt werden kann. Die Lungenheilstätten sind also nützlich, ja dringend erforderlich vom Standpunkte der Medizin und der Therapie. Fraglich ist nur ihr Wert vom sozialhygienischen Standpunkte, denn das Sinken der Sterblichkeit an Tuberkulose ist auf ihre Wirksamkeit nicht zurückzuführen. Die Zahl von 30000 Plätzen, die für die Heilbehandlung zur Verfügung stehen, ist zwar absolut genommen höchst achtungswert, aber im Vergleich zu der Ausdehnung der Tuberkulose fast verschwindend. Auch in den Kreisen, die in dem Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten die Spitze ihrer Organisation sehen, ist der lähmende Einfluß dieser Erkenntnis bemerkbar. Es wäre zwar falsch, diese Abspannung, die mit der früheren fieberhaften Tätigkeit in seltsamen Kontrast steht, auf den Wechsel der leitenden Persönlichkeiten zurückzuführen, da dieser Wechsel sicher nicht prinzipielle, sondern nur persönliche oder zufällige Gründe hat. Immerhin ist es bedauerlich, daß G. Pannwitz, einer der wenigen Agitatoren großen Stils, die die Soziale Hygiene in Deutschland besitzt, seinen Posten verlassen

hat. Wahrscheinlich würde man dann schneller und ohne unsicheres Hin- und Hertasten über die augenblickliche Periode der Depression hinwegkommen. Diese Unsicherheit gibt sich besonders in der fieberhaften Gründung von Fürsorgestellen für Tuberkulöse, der Errichtung von Tuberkulosemuseen und anderen kleinen Mittelchen zu erkennen. Die frühere Sicherheit und hochangesehene Stellung kann das Zentralkomitee erst zurückgewinnen, wenn es den Gedanken der Anstaltsbehandlung wieder in den Vordergrund der Betätigung stellt. Nur mit dem Unterschiede, daß jetzt die Asylisierung der Lungenkranken im vorgeschrittenen Stadium ebenso energisch propagiert werden muß, wie früher die Hospitalisierung der im Frühstadium Befindlichen. Ein Leitstern hierfür kann die Rede abgeben, die Robert Koch jüngst bei der Empfangnahme des Nobelpreises gehalten hat und die auffallenderweise weniger Beachtung gefunden hat als die gleichzeitigen Mitteilungen des nämlichen Forschers über Tropenkrankheiten, die für uns Mitteleuropäer doch nur ein sekundäres Interesse haben. Robert Koch führte in schlichter aber überzeugender Weise aus, von welch großem Werte für die Eindämmung der Lungentuberkulose die Absonderung der vorgeschrittenen Fälle aus ihrer Umgebung sein würde. Daß der große Bakteriologe in dieser bedeutsamen Rede auf die Desinfektionsmaßnahmen so wenig Wert legte, zeigt, daß der Meister seine Schüler, die die Desinfektion in ungebührlicher Weise in den Vordergrund zu stellen belieben, doch auch an praktischer Einsicht und sozialhygienischer Überlegung weit übertrifft.

Die Medizinalstatistik hat von jeher danach getrachtet, zu einer brauchbaren Gebrechenstatistik zu gelangen. Eine günstige Gelegenheit bot die bevorstehende Gewerbezählung für das Deutsche Reich. Das preußische statistische Landesamt hat sich denn auch lebhaft bemüht, die Vorbereitung dieser Gewerbezählung dahin zu beeinflussen, daß damit eine Gebrechen- und Krüppelzählung verbunden würde. Leider ist es für diese Zählung damit nicht durchgedrungen. Doch ist es nicht ausgeschlossen, daß wir auf dem Wege der geplanten Wehrsteuer zu einer Gebrechenstatistik kommen. Wenn eine solche eingeführt würde, so könnte das nun mit einer Abstufung geschehen nach der Art der Gründe, die zur Befreiung vom Militärdienst geführt hätten. Denn unmöglich würde man krüppelhafte Personen ebenso hoch besteuern können wie solche, die nur aus kleinen, ihre Erwerbsfähigkeit nicht beschränkenden Ursachen militärfrei geworden sind. Da erfahrungsgemäß die Statistik nirgends sorgfältiger erhoben wird, als bei Steuerobjekten, so würde eine Gebrechenstatistik, die mit der Wehrsteuererhebung fortlaufend ver-

knüpft wäre, sicher sehr zuverlässige Resultate geben, eine Wehrsteuer daher vom Standpunkte der Medizinalstatistik zu begrüßen sein.

Am 29. April 1906 starb im 44. Lebensjahr der Arzt und Schriftsteller Wolf Becher in Berlin. Der Verstorbene hat mit Nachdruck in seiner ausgedehnten medizinischen und hygienischen publizistischen Tätigkeit die sozialen Gesichtspunkte zur Geltung gebracht. Den größten Teil seiner literarischen Tätigkeit absorbierte die ständige Mitarbeiterschaft an einer der angesehensten Berliner Zeitungen. In praktischer Hinsicht verdankt die Soziale Medizin ihm die Idee der Walderholungsstätten, die er im Verein mit R. Lennhoff in umfassender Weise zu verwirklichen wußte. Aber auch an dem theoretischen Ausbau der Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene und der Ausbildung dieser Wissenszweige zu Sonderdisziplinen der Medizin hat er nach anfänglichem Widerstreben bemerkenswerten Anteil genommen. Die Berliner Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik hat er gründen helfen und publizistisch auf das wirkungsvollste unterstützt. Das kürzlich in Berlin von der ärztlichen Standesorganisation des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes ins Leben gerufene „Seminar für Soziale Medizin“ ist seiner Anregung zu verdanken. Von den von ihm veröffentlichten Arbeiten mögen an dieser Stelle nur erwähnt werden „Über Cholera und Binnenschiffahrt mit besonderer Rücksicht auf den Entwurf des Reichsseuchengesetzes, 1893“, „Über Walderholungsstätten für kranke Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen, 1903“, und im Handbuch der Geschichte der Medizin die Abschnitte über „Geschichte des Krankenhauswesens“, „Geschichte des medizinischen Unterrichts“, „Geschichte des ärztlichen Standes, 1905“. Eine Influenza-Pneumonie setzte seinem arbeitsfrohen Leben ein Ziel. A. Grotjahn.

Seit mehr als Jahresfrist besitzt Breslau eine Grundwasseranlage, die mit einem Aufwand von mehr als 6 Millionen Mk. errichtet lediglich von dem Gesichtspunkte aus geschaffen war, um die Stadt unter Verzicht auf das filtrierte Oderwasser mit sicher bakterienfreiem Trinkwasser zu versorgen. Diese Anlage, die bisher ein vorzügliches Wasser geliefert hatte, ist in den jüngsten Tagen von einer Störung betroffen worden, wie sie in der Geschichte städtischer Trinkwasseranlagen bisher nicht beobachtet wurde. Nach dem amtlichen Bericht wurde seit dem 28. März eine Störung des Betriebs bemerkt, die sich zuerst in Luftzutritt in die Heberleitungen, dann in raschem Sinken des Wasserspiegels bemerkbar machte. Nach Entfernung der Luft hob sich der

Wasserspiegel, es zeigte sich aber jetzt eine Verunreinigung des Wassers mit Eisen- und Mangansalzen in bisher noch nicht beobachteter Höhe. Der Eisengehalt stieg von 9,18 mg im Liter auf 101,5, sank am 30. März auf 80,07, erreichte aber später noch einmal die Stärke von 140 mg. Der Mangangehalt stieg von den sonst beobachteten höchstens 1 mg auf 20—40 mg in der Form von Sulfat. Während mit dem Eisen der Rieseler fertig wurde, ging das Mangansulfat ungehindert in das Gebrauchswasser. Das Wasser wurde zum Trinken und Kochen ungenießbar, machte die Wäsche fleckig, war zu technischen Zwecken vielfach nicht zu verwenden und es entstanden Befürchtungen, daß die Leitungsröhren verstopft würden, daß Fabrikkessel usw. durch Kesselsteinbildung gefährdet seien. Das hygienische Institut, dessen Leiter der geistige Urheber und der stete Kontrolleur der Anlage ist, erklärte am 1. April die Erscheinung für eine ganz vorübergehende und das Wasser gesundheitlich für völlig einwandsfrei. Schon wenige Tage später mußte es beide Angaben zurücknehmen und vor allem „zugeben, daß ein gewisses Risiko mit dem Genuß solchen Wassers verbunden ist und ich kann die Verantwortung für die Unschädlichkeit nicht mehr übernehmen. Infolgedessen habe ich sofort für möglichst beschleunigte Beschaffung filtrierten Oderwassers Sorge getragen.“ Ob, wie mehrfach behauptet, bei Menschen, besonders Kindern, Gesundheitsstörungen aufgetreten sind, erscheint angesichts der Tatsache recht fraglich, daß der Genuß des Wassers selbst in gekochtem Zustande wegen seines widerwärtigen Aussehens und Geschmacks sich verbot. Jedenfalls trinkt jetzt Breslau wieder filtriertes Oderwasser, wenn auch mit Grundwasser gemischt. Die weitere Untersuchung wird ergeben, welche von den vermuteten Ursachen für die Verunreinigung in Betracht kommt, sie wird auch lehren, ob und inwieweit die Grundwasseranlage in der Zukunft von ähnlichen Vorgängen bedroht ist, die anscheinend sich jeder Voraussage entzogen. Die spätere Prüfung wird schließlich noch zeigen, in welcher Richtung die Störung von gesundheitlichen und anderen Folgen begleitet war. Es wird dann hier darauf eingegangen werden müssen. Schon jetzt aber weisen die in Breslau gemachten Beobachtungen darauf hin, daß solche für die Gesamtheit geschaffenen Gesundheitseinrichtungen nicht bloß auf die Gefahr bakterieller Verunreinigungen Bedacht zu nehmen haben und hier nicht allein die direkten Gesundheitsschädigungen, sondern mindestens ebenso sehr die indirekt ins Gewicht fallenden ökonomischen und sozialen ins Bereich der Vorsorge gezogen werden müssen. A. Gottstein.

Zur Reform der sozialen Versicherungsgesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des österreichischen Reformprogrammes.

Von FERDINAND HUEPPE, Prag.

In beschränktem Umfange bestand auch schon früher in Österreich eine gewisse Arbeiterfürsorge, z. B. beim Bergbau durch die Bruderladenkrankenkassen, aber erst die Arbeiterfürsorge-Gesetzgebung in Deutschland veranlaßte Österreich, diesen neuen Weg zielbewußter Sozialhygiene ebenfalls zu gehen. Dies geschah durch das Unfallversicherungsgesetz vom 28. XII. 1887, welches mit dem 1. XI. 1889 in Wirksamkeit trat, durch das Krankenversicherungsgesetz vom 30. III. 1888 mit der Novelle vom 4. IV. 1889, durch das Gesetz vom 16. VII. 1897 betreffend die registrierten Hilfskassen und durch das Gewerbegesetz vom 23. II. 1897, welches in § 115a das Meisterkrankenkassengesetz enthielt.

Ganz ähnlich wie im Deutschen Reiche haben auch in Österreich die verschiedensten Berufskategorien bei der Schaffung dieser Gesetzgebung mitgewirkt. Nur der Stand, ohne den die Gesetzgebung überhaupt nicht durchführbar war, der ärztliche, wurde nicht zu Rate gezogen. Man konnte aber den ärztlichen Stand so vollständig übergehen, weil keine Organisation vorhanden war, die seine Interessen wahrnahm.

Erst durch das Gesetz vom 22. XII. 1891 wurden die Ärztekammern geschaffen und zwei Jahre später aktiviert. Aber auch hierbei wurde in einer Weise mit dem ärztlichen Stande verfahren, die man keinem anderen Stande zu bieten gewagt hätte. Die Ärztekammern können nur an die Statthalterei rekurrieren, deren rein juristisch geschulten Verwaltungsbeamten in der Regel die Möglichkeit fehlt, ärztliche Fragen mit dem nötigen Sachverständ-

nisse zu behandeln, während den Advokatenkammern das Recht zusteht, bis an den Verwaltungsgerichtshof zu gehen und so eine wenigstens formalrechtlich einwandfreie Entscheidung zu erreichen.

Leider haben die Erfahrungen gezeigt, daß die Ärztevertretungen im allgemeinen auf kein Wohlwollen bei den höheren Verwaltungsstellen zu rechnen haben, wie die Unzahl unerledigter Eingaben in fast erschreckender Weise beweist. Die Nichtbeachtung und Nichtbeantwortung ärztlicher Eingaben ist allerdings keine österreichische Spezialität. Früher war es in Deutschland auch nicht besser und Österreich ist eben seiner späteren Industrialentwicklung entsprechend in diesen sozialpolitischen Fragen noch um viele Jahre Deutschland gegenüber rückständig.

In Deutschland weiß man jetzt, was Mängel der Sozialhygiene bedeuten und kosten, und handelt danach, so daß man wohl erwarten darf, daß diese soziale Kinderkrankheit auch in der österreichischen Verwaltung überwunden wird. Der gute Wille scheint ja jetzt da zu sein. Mit dem früher ganz fehlenden Verständnisse für die Sozialhygiene hängt es auch wohl zusammen, daß die bisherigen Versuche der Ärztekammern, in der Krankenkassengesetzgebung Besserungen zu erzielen, nur geringe Erfolge zu verzeichnen haben. So nur konnte es geschehen, daß auf die Vorstellungen von der zunehmenden Proletarisierung des Ärztestandes ein österreichischer Minister die Antwort hatte: „Ich bekomme Ärzte, so viel ich brauche."

Auch die Krankenkassenverwaltungen teilten diesen ministeriellen Standpunkt und konnten, durch kein Gesetz gehemmt, den Ärzten gegenüber den Unternehmerstandpunkt in der rücksichtslosesten Weise durchführen. So hatte bis jetzt in Österreich, wie in Deutschland, fast jeder Fortschritt in der sozialen Gesetzgebung neue Verschlechterungen für den ärztlichen Stand gebracht. Immer mehr Arbeit bei gleicher oder gar herabgesetzter Entlohnung, die, mit Rücksicht auf die allgemeine Zunahme der Verteuerung der Lebensbedürfnisse, schließlich manche Ärzte proletarisiert hat.

Diese Zustände wurden schließlich so unhaltbar, daß einsichtigere Arbeiter selbst auf die Ungerechtigkeiten hinwiesen, und einzelne Krankenkassen auf Vorstellungen der Ärzte, ja einzelne sogar aus eigener Erkenntnis, sich zu kleinen Verbesserungen der ärztlichen Entlohnung verstanden.

Das Eintreten der Organisationen der Ärzte, die inzwischen ins Leben getreten waren, die rückhaltslosen Darlegungen in den Ärztevereinen blieben nicht ganz ohne Eindruck, und der Minister-

präsident v. Körber erkannte am 8. April 1902 im Abgeordnetenhause die Verdienste des Ärztestandes um die Durchführung der sozialen Verbesserungen „rückhaltslos“ an und gab zu, daß die Ärzte die Beseitigung oder Milderung einer Reihe von Unzukömmlichkeiten „nicht mit Unrecht“ forderten.

Aber auch die Kassen hatten inzwischen Erfahrungen gesammelt und einzelne Kassen wider Erwarten so schlechte finanzielle Ergebnisse gezeitigt, daß man sich entschließen mußte, eine Reform der ganzen Gesetzgebung ernsthaft ins Auge zu fassen.

Dieses „Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung“ vom Dezember 1904 gab dann den Ärzteverbänden und Ärztekammern Veranlassung, sich mehrfach über die Frage zu äußern, und das k. k. arbeitsstatistische Amt des Handelsministeriums, dem unter dem Vorsitze des Sektionschefs Dr. Mataja die Vorarbeiten zufielen, führte eine Reihe von Sitzungen des Arbeiterversicherungsausschusses herbei, dem für die 6. Sitzung am 6., 7. und 8. November 1905 auch Vertreter des Ärztestandes, speziell der Kammern und verschiedenen Gruppen der Kassen, und als Vertrauensmänner der Regierung Professor Sternberg und als Hygieniker Professor Hueppe zugezogen waren. Ich muß ausdrücklich erwähnen, daß weder die Regierung noch die ärztlichen Vertreter vorher irgendwie versuchten, auf mich einzuwirken, so daß ich in der Lage war, ganz objektiv und unbeeinflußt meine Ansichten zu entwickeln. Die Regierung hatte eindeutig den Wunsch, sich selbst objektiv über die ärztlichen und speziell auch die noch nie beachteten hygienischen Gesichtspunkte zu informieren.

Ich hatte schon bei einer Enquete, die früher an derselben Stelle über die Blei- und Zinkhütten stattgefunden hatte, am 28. Juni 1905 in der 5. Sitzung Gelegenheit, über die Tätigkeit der Ärzte in der Industrie eine Reihe von Anregungen zum modernen hygienischen Ausbau der Krankenkassengesetzgebung zu geben, wobei ich versuchte, die Interessen des Staates und der Allgemeinheit mit denen der Arbeiter und Ärzte in Einklang zu bringen.

Schon bei verschiedenen Gelegenheiten habe ich seit Jahren immer wieder darauf hingewiesen, daß der ärztliche Stand wie jeder andere die Pflicht hat, sich der sozialen Evolution anzupassen. Ganz ohne Härten für den einzelnen ist das nicht möglich und insofern muß es auch der Arzt mit in den Kauf nehmen, daß auch die Arbeiterversicherungsgesetzgebung nach der einen oder der anderen Richtung mit Härten für ihn verbunden sein kann.

Vor allem liegt dies daran, wie ich in der Enquete ausführte, daß die ganze Entlohnung des Arztes immer noch ausschließlich nach der Ausübung der Krankenbehandlung und nach den Krankenfällen beurteilt wird. Das reicht aber schon längst nicht aus und in diesem Umstande ist der große prinzipielle Fehler der Arbeiterversicherungsgesetzgebung von Bismarck, Bötticher und Bödiker zu erkennen, und das hat Österreich ohne weiteres übernommen.

Von einsichtigen Großindustriellen angeregt, war die Arbeiterversicherung zunächst als politisches Kampfmittel gegen die Sozialdemokratie ins Leben gerufen, wuchs sich dann aber zu einer sozialen Gesetzgebung aus. Deshalb muß aber auch den neueren Versuchen, daraus wieder ein Kampfmittel für die Politik der Sozialdemokratie zu machen, entschieden entgegengetreten werden. Diese Gesetze müssen allgemein wirtschaftliche werden und die Sozialhygiene fördern. Die Gerechtigkeit erfordert auch bei gleichen Beiträgen die gleiche Vertretung der Arbeitgeber, deren größere Umsicht und Erfahrung nur auf diese Weise in den Dienst der Sache gestellt werden kann, während sie sich jetzt meist bedauerlicherweise fernhalten.

Soll der Arzt aber die neuen sozialen Aufgaben mit lösen, so muß er eine vorbeugende Tätigkeit ausüben, ja, wenn das soziale Versicherungswesen den modernen hygienischen Aufgaben ganz gerecht werden soll, muß er auch in den Dienst der aufbauenden Hygiene treten können, wovon aber noch nirgends eine Spur zu sehen ist.

Gerade indem er eine vorbeugende Tätigkeit ausübt, leistet der Arzt nicht nur dem Staate einen wichtigen Dienst, sondern er schützt in gleichem Maße die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und mit den letzteren auch deren Familien. Dafür aber wird der Arzt nicht entlohnt.

In einem gewissen Umfange muß er aber eine solche Tätigkeit trotzdem schon jetzt ausüben, indem er bei der Auswahl der sich krank Meldenden, bei der Erkennung der wirklich Kranken und der bloßen Simulanten nicht bloß arztet, sondern auch vorbeugend arbeitet und die Kassen schützt. In demselben Sinne gehört bei den gefährlicheren Berufen die Auswahl der sich zur Arbeit Meldenden, weiter die Begutachtung von Fällen von vorübergehender oder dauernder Arbeitsunfähigkeit hierher. Für einen großen Teil dieser Arbeiten wird gar nichts bezahlt, sondern man hat es verstanden, die Zwangslage der Ärzte so auszunützen,

daß man ihnen bei gleicher oder durchaus nicht entsprechend erhöhter Entlohnung einfach immer mehr Arbeiten auferlegte.

Diese Tätigkeit kann aber für die Allgemeinheit unmittelbare Bedeutung gewinnen, wenn es sich um Infektionskrankheiten handelt. Hierbei stehen die kontinentalen Staaten auf einem mehr als naiven Standpunkte, der nur begreiflich ist, wenn man nicht vergißt, daß er eben Ärzten gegenüber angewandt wird; einem anderen Stande hätte man das nie zu bieten gewagt.

So sagte noch kürzlich Kirchner bei Besprechung des neuen preußischen Seuchengesetzes wörtlich: „Die Erstattung der Anzeige, welche binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis zu erfolgen hat, kann mündlich oder schriftlich geschehen und wird dadurch wesentlich erleichtert, daß die Polizeibehörden Anzeigeformulare nach bestimmtem Muster kostenlos an die Anzeigepflichtigen abgeben und die Ärzte berechtigt sind, diese Anzeigen portofrei zu versenden. Die früher beliebte Postkarte ist durch einen geschlossenen Kartenbrief ersetzt worden, im Interesse der für den Kranken erwünschten Diskretion."

Es handelt sich aber tatsächlich durchaus nicht, wie derselbe oberste Berater des preußischen Medizinalministers einmal sagte, um „die kleine Mühe, die Karten auszufüllen", sondern es handelt sich um eine fundamentale Arbeit im Dienste der öffentlichen Gesundheit, oft um die Voraussetzung jedes wirkungsvollen Eingreifens der Sanitätsbehörden. Für diese wichtige Tätigkeit der Ärzte — denn nur diese können die Diagnose oder den begründeten Verdacht aussprechen — muß auch ein moderner Staat die entsprechende Entlohnung zur Verfügung stellen. Kann England für eine solche Anzeige einen Schilling zahlen, so kann Preußen-Deutschland sicher ebensogut eine Mark und Österreich eine Krone zahlen.

Die Kassenärzte stehen aber darin besonders schlecht und bedürfen einer solchen Entlohnung für einen so wichtigen Dienst erst recht, weil sie diese Arbeit unter den schwierigsten sozialen Verhältnissen ausführen müssen. Man denke an den Kampf gegen die Tuberkulose, bei dem gerade die Kassenärzte durch ihre Arbeit in den am meisten bedrohten Bevölkerungskreisen die wichtigste Hilfe leisten müssen; man denke an Kinder- und Frauenschutz, der für die künftigen Generationen von größter Bedeutung ist und der ohne die Ärzte, welche in den Kreisen der Arbeiter beschäftigt sind, nicht durchzuführen ist.

Gerade diese vorbeugende Tätigkeit bringt erst die Kassen-

gesetzgebung auf jenes Niveau, welches der Arbeiterschaft und der Industrie eine volle Beruhigung gewährt, und ihr erst den Namen einer Arbeiterschutzgesetzgebung zu geben gestattet.

Auch die Verwaltungen werden lernen müssen, was bei dem Kampfe gegen Krankheiten auf dem Spiele steht, während sie bis jetzt eigentlich nur gelernt haben, daß Koch die Bazillen erfunden hat und diese die Ursache der Seuchen sind. Der Kampf gegen die Krankheitserreger, so wichtig er ist, ist aber doch nur ein Teil und gerade sozial nicht einmal der wichtigste. Wer als Arzt heute beansprucht, in wissenschaftlichen hygienischen Kreisen ernst genommen zu werden, muß wissen, daß jede Krankheit und speziell jede Seuche ein Vorgang ist, zu dessen Entstehung variable Krankheitserreger unter wechselnden Bedingungen variable Krankheitsanlagen treffen müssen. Daß ich so unvorsichtig war, dies schon zu einer Zeit zu erkennen und auszusprechen, wo die bakteriologische Orthodoxie noch Trumpf war, kann den Fortschritt der Erkenntnis nicht aufhalten, und wer diese Einsicht jetzt noch bekämpft, macht sich nur lächerlich. Gerade in der Erkennung der Krankheitsanlagen als sozialen Krankheitsursachen und der Beseitigung dieser konstitutionellen Faktoren der Krankheitsentstehung liegt für die Zukunft eine fundamentale Aufgabe, geradezu die Aufgabe der Sozialen Medizin, und diese ist ohne die Hilfe der ärztlichen Arbeit in den Arbeiterkreisen unlösbar. Es steht also Hohes auf dem Spiel.

Bei der derzeitigen Behandlung der Ärzte durch die Kassen ist gerade dieses Wichtigste fast undurchführbar oder doch nur durch eine freiwillige Tätigkeit der Ärzte im Dienste der Humanität denkbar. Den Ärzten gegenüber wird wirkliche Humanität und Humanitätsdusel oft verwechselt. Der praktische Engländer kennt nur eine „Philanthropie und 5 Proz.“; Ärzte aber, von denen man diese Philanthropie verlangt, proletarisiert man.

Nur ein materiell leistungsfähiger Ärztestand kann auch seine Humanitätsideale verwirklichen. Die volle Leistungsfähigkeit des Arztes liegt deshalb im Interesse der Gesamtheit, des Staates und ganz speziell in dem der Arbeiter, denen nur der gesicherte Arzt eine volle Gewähr zu bieten vermag. Die Arbeiterschaft sieht das schon ein und hat bereits mehrfach für die Kassenärzte und gegen die Kassenvorstände Partei ergriffen.

Andererseits aber wird auch der ärztliche Stand seine Aufgaben nur ganz erfüllen können, wenn alle Glieder desselben an seiner Entwicklung arbeiten und sich die bereits sozial zur höheren

Stellung Durchgekämpften nicht für zu vornehm halten, mit ihren noch kämpfenden Kollegen Schulter an Schulter zu stehen. Es darf keine Ärzte erster und zweiter Güte geben, sondern es muß für den Durchgerungenen eine Ehre sein, ein primus inter pares zu sein. Die praktischen und die beamteten Ärzte, die Lernenden und Lehrenden, die Ärzte und Professoren, die Sanitätsräte und die Hofräte, die unwirklichen und die wirklichen Geheimräte bilden nur Glieder eines Standes von Kollegen. Sein müssen wir das, nicht bloß uns so nennen! Nur diese Erkenntnis wird uns zur vollen Höhe unserer Leistungsfähigkeit bringen und uns bei den anderen Ständen Achtung erzwingen.

Auch von dem Stande gilt das, was Goethe von den Eigennamen des Menschen gesagt hat; er muß sein „ein vollkommen passendes Kleid, ja, wie die Haut selbst ihm über und über angewachsen, an der man nicht schaben und schinden darf, ohne ihn selbst zu verletzen.“ Wenn dieses Berufsgefühl alle Glieder unseres Standes durchdringt, und jeder an seiner Stelle mitarbeitet an der Entwicklung des Standes und seiner Anpassung an die sich ändernden sozialen Verhältnisse, wird es uns auch gelingen, unserem Stande die Achtung wieder zu erringen, die er früher hatte, und noch darüber hinaus ihm die soziale Führerrolle zu verschaffen, die ihm Descartes einst voraussagte. Die Sozialhygiene ist ein integrierender Teil jeder gesunden Sozialentwicklung.

Wer sich von seinem Stande trennt, mag vielleicht kleine persönliche Vorteile erringen und kindischem Ehrgeiz in fremder Anerkennung mehr genügen, aber er wird dies nur auf Kosten der Selbstachtung und der wirklichen Achtung anderer Stände tun. nach Lessing „groß vor der Welt, vor sich selber klein“. Sollten die durch die Kassengesetzgebung gesteigerten trostlosen Verhältnisse so vieler Standesmitglieder dies dem ärztlichen Stande in gesteigertem Maße zum Bewußtsein bringen, so werden diese Kollegen nicht vergebens gelitten und gerungen haben.

Wenn man die Misere des ärztlichen Standes in Österreich betrachtet, so darf man nicht vergessen, daß Österreich viel ärmer ist als Deutschland, daß die Zahl seiner Großstädte eine geringe ist (nur 6 mit über 100000 Einwohnern, gegen 41 in Deutschland), seine Industrie auch nicht annähernd an die deutsche heranreicht, viele der „im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder“ passiv sind, wodurch schon ganz allgemein die Ansprüche an die wenigen aktiven Provinzen in Österreich sehr erhöht werden. Von den gesamten direkten Steuern Österreichs mit 298 Millionen entfallen zur-

zeit 145 Millionen, also die Hälfte, auf die deutschen Kronländer; in anderer Berechnung zahlen die Deutschen 193, die Slaven 90 Millionen an direkten Abgaben; von der Personaleinkommensteuer zahlen die Deutschen 70 Proz.; an Erwerbssteuer die Deutschen 30, die Nichtdeutschen 8 Millionen Kronen; von den indirekten Steuern von 641 Millionen zahlen die Deutschen ca. 490 Millionen, also etwa $^3/_4$.

Infolge der ganz ungenügenden Armenfürsorge und des Mangels einer Altersversicherung wurde ein großer Teil derartiger Lasten auf die Krankenkassen überwälzt. Hierher gehören auch die erhöhten Verpflegungsgebühren in den Krankenanstalten, welche Staat, Land oder Kommune tragen müßten. Dieser Mißbrauch konnte wohl nur entstehen, weil das Krankenhauswesen noch sehr rückständig ist und erst ganz vereinzelt auf der Höhe unserer Zeit steht.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil des Krankenstandes der Kassen bildete sich deshalb aus beschränkt Arbeitsfähigen und aus Leuten, deren wirkliche Krankheitsursache in ihrem allgemeinen Elend zu suchen ist. Man kann geradezu sagen, daß die Kassen deshalb auch vielfach ganz gesetzwidrig mit den Kosten der Arbeitslosigkeit beschwert wurden, und dies wird sich nach dem Reformprogramm auch in Zukunft kaum ändern, da die Arbeitslosigkeitsversicherung und Arbeitsnachweisvorsorge nicht vorgesehen sind.

Die Mittel der Kassen wurden demnach zum Teil in einer nicht ganz gesetzmäßigen, aber leider unvermeidlichen Weise belastet, was natürlich auf die Entlohnung der Ärzte sehr ungünstig einwirkte.

Natürlich suchten sich die Kassen zu schützen, aber mit dieser Laienkontrolle, die mit dem ärztlichen Dienste an sich nichts zu tun hat, sondern mehr dem Mißtrauen gegen die Arbeiter selbst entsprang, wurde das ärztliche Konto belastet. Oft über 20 Proz., im Durchschnitt etwa 20 Proz. der den Ärzten angebuchten Ausgaben betreffen die Laienkontrolle und dieser Posten ist richtig nur bei der Kassenverwaltung einzusetzen. Diese hatte in Wirklichkeit höhere Kosten, die ärztliche Tätigkeit in Wirklichkeit entsprechend geringere Kosten verursacht und das wird immer bei den schlechten Kassengeschäften zu verschleiern gesucht.

Es soll aber auch weiter nicht verkannt werden, daß der Zudrang zum ärztlichen Berufe vorübergehend schon vor dem Inslebentreten der Krankenkassen ein zu hoher war, und daß die Landflucht durch die industrielle Entwicklung viele Ärzte in die Stadt trieb oder dort festhielt, weil sie hofften, sich dort eher eine Existenz zu gründen als auf dem Lande, dessen Bevölkerung in

einzelnen Teilen, besonders in den armen südlichen Alpenländern ihnen nichts zu bieten vermochte.

Der Staat war aus diesen Gründen schon genötigt einen, großen Teil der Ärzte in amtliche Stellungen zu bringen, besonders durch das weit ausgedehnte System der Gemeinde- und Distriktsärzte, die in den wohlhabenderen Provinzen eigentlich nur sanitäre Angelegenheiten erledigen sollen, uneigentlich aber auch recht viele ungehörige Dinge aufgehalst bekommen, in den Alpenländern aber tatsächlich auch als Armenärzte angestellt werden mußten, weil in größeren Distrikten der südlichen Alpen keine Ärzte ohne feste Anstellung existenzfähig waren.

Ich will auch erwähnen, daß Österreich früher einen sehr geringen Mittelstand hatte, der sich erst in den letzten Dezennien etwas kräftiger entwickelte. Infolgedessen war die Entlohnung der Ärzte in Österreich stets eine sehr viel schlechtere als in Deutschland. Die Ärzte mußten stets sehr viel mehr Leute, die nicht zahlen konnten, unentgeltlich behandeln, während die Entlohnung durch die Wohlhabenden und Reichen eine so geringe war, daß sie keinen vollen Ausgleich schaffte.

Es waren also schon vor dem Krankenkassengesetz vielfach sehr ungünstige Verhältnisse für die Ärzte vorhanden. Aber diese Gesetzgebung hat die ungünstigen Verhältnisse noch gesteigert, als nun der Zufluß zum medizinischen Studium enorm anstieg in der Erwartung, daß durch dieses Gesetz ein ganz bedeutend erweitertes und endlich bezahltes Arbeitsgebiet in Aussicht stände.

Bei dem bisherigen Modus wurde der Arzt aber nicht ein gleichberechtigter Faktor, sondern ein Untergebener der Kassen, die ihm ihre Vorschriften diktierten und denen er in seinem rein privaten Vertrage sich fügen mußte. Es ist auffallend, daß gerade die Kassen, die doch in einer großen Zahl die organisierte Arbeiterschaft umfassen, für die ärztliche Arbeit gar kein Verständnis zeigten. Auf ihr eigenes Koalitionsrecht bedacht, suchten sie dasselbe Recht den Ärzten vorzuenthalten, so daß den Ärzten nichts übrig blieb als die Drohung mit dem Streik, dem Mittel, das die Arbeiter zur Erzwingung ihrer Forderungen politisch ausgearbeitet hatten.

Den Arbeiterführern darf man wohl vorhalten, daß Freiligrath 1846 in einem jetzt zum Proletariatspreislied erklärten Gedichte sagte:

„auch dessen.
Der mit Schädel und mit Hirn
Hungernd pflügt, sei nicht vergessen“.

Nie ist bis jetzt eine größere Verleumdung eines Standes ausgesprochen worden, wie von dem Reichstagsabgeordneten Stadthagen, der am 12. Februar 1906 im deutschen Reichstage von den „Erpressungen der Ärzte“ sprach.

Seit dem Beginne ihrer Organisation in Deutschland und Österreich haben die Ärzte im Gegensatze zu fast allen Ständen nicht bloß ihre eigenen Interessen verfolgt, diese sogar erst zu allerletzt in höchster Not auch mehr betont, sondern von Anfang an und bis zum jüngsten Tage das öffentliche Interesse, die Medizinalstatistik und öffentliche Gesundheitspflege in erster Linie gefördert.

In einer richtigen Ausnützung des Koalitionsrechtes wird deshalb für die Ärzte in Zukunft die Lösung dieser Frage zu suchen sein. Für die Kassenvorstände ist es auf jeden Fall belehrend, daß selbst Arbeiterblätter, wie der „Vorwärts“ in Berlin und die „Arbeiterzeitung“ in Wien, bereits nachdrücklich auf das Recht der Ärzte, von Organisation zu Organisation zu verhandeln, hingewiesen haben.

Nicht unwichtig ist es deshalb, die österreichischen Ärzte mit Rücksicht auf die Erfahrungen, die sie mit den Betriebskassen gemacht haben, darauf hinzuweisen, daß der Verband rheinisch-westphälischer Betriebskassen, der mächtige Organisationen vertritt, deren Arbeitgeber in der Rücksichtslosigkeit der Interessenvertretung durch Kartelle, Trusts und Syndikate das Äußerste leisten, ihren Ärzten einen Arbeitszwang auferlegen wollte.

Diesen Versuch der rücksichtslosesten Ausbeutung der Macht darf man in Österreich nicht aus den Augen verlieren, nachdem auch in Österreich die Vertrustung der Montanindustrie, infolge des Einflusses der Banken auf diese Industrie, Formen annimmt, denen gegenüber eine Antikartellgesetzgebung machtlos sein wird. Die Montantrusts als Interessen- und Betriebsgemeinschaften haben den Ärzten gegenüber den Vorstoß in dieser Art versucht, nachdem sie gegen das Koalitionsrecht derselben nichts ausrichten konnten.

Aber gerade jetzt organisieren sich die Arbeitgeber in Österreich im weiten Umfange, zunächst freilich gegen unbegründete Streikversuche der Arbeiter. Die Ärzte stehen aber auf jeden Fall in Zukunft den zwei großen Organisationen der Arbeitgeber und Arbeiter gegenüber.

Das muß für die Ärzte eine Lehre sein, daß sie auf fremde Hilfe wenig zu rechnen haben, weil sie in den Parlamenten und in der Presse zu geringen Einfluß ausüben und in den kontinentalen Verwaltungen ihnen, wie den anderen Technikern, der ihnen zukommende Einfluß nicht gesichert ist.

Ich darf vielleicht darauf hinweisen, daß in Preußen das Militärsanitätswesen sich zu einer so außerordentlichen Leistungsfähigkeit entwickeln konnte, weil dort die Juristen gar nichts zu sagen hatten und nur von Grund aus geschulte Fachmänner ihre Kenntnisse und ihr Organisationstalent zur Geltung bringen konnten. Auch das Organisationstalent ist kein Reservatrecht für das juridische Studium und das überkommene juridische Studium ist zur technischen Ausbildung moderner Verwaltungsmenschen vielfach sogar recht unzureichend und es bedarf recht langer Erfahrung, um diese Mängel auszugleichen.

Nur das einmütige Zusammenstehen des Ärztestandes und die Erzwingung desselben Rekursrechtes für die Ärztekammern, wie es den Advokatenkammern zusteht, kann den Ärzten in Zukunft einige Beruhigung in ihrem gerechten Kampfe gewähren.

Der Reformplan der Regierung umfaßt einerseits Änderungen der bestehenden Gesetze, andererseits aber auch eine prinzipielle Ausgestaltung des Gesetzes selbst. Das letztere soll dadurch geschehen, daß die bis jetzt in Österreich fehlende Alters- und Invaliditätsversicherung in Anlehnung an die deutschen Erfahrungen ergänzend eingeführt wird. Man will dabei aber auch einige administrative Mängel der deutschen Gesetzgebung beseitigen und die drei Gesetze, Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung einheitlich gestalten.

Bekanntlich sind derartige Wünsche auch in Deutschland hervorgetreten, ohne daß man bis jetzt zu einer Einigung über den einzuschlagenden Weg kommen konnte. Die Zusammenlegung der Kranken- und Invaliditätsversicherung macht in Deutschland keine prinzipiellen Schwierigkeiten, während sich für eine Sonderstellung der Unfallversicherung Gründe beibringen lassen.

In Österreich will man die Schwierigkeiten in der Weise umgehen, daß die Krankenkassen den Unterbau der gesamten Arbeiterversicherung bilden, das Meldewesen und die Beitragsleistung für alle drei Versicherungszweige in die Hand nehmen, wodurch sie gewissermaßen die „weiteren“ Funktionen von Lokalorganen der Unfall- und Invaliditätsversicherung erhalten.

Die Unfallkassen würden dann das Zwischenglied der territorialen

Anstalten, die Invalidenkasse würde die Spitze der Organisation in der Arbeiterversicherung darstellen. Der Staat sichert sich auf diese Weise einen etwas größeren Einfluß auf die ganze Geschäftsführung, was bei den außerordentlich ungleichen Verhältnissen Österreichs gewiß berechtigt, aber auch darin ausreichend begründet ist, daß nebenamtlich neben der Berufsarbeit so viele und wichtige Arbeit nicht vollwertig geleistet werden kann und die Verwaltung in geschulten Händen liegen muß. Die Beitragsleistung des Staates bei der Invaliden- und Altersrente soll deshalb aber auch gegenüber den 50 M. = 60 K. in Deutschland 90 K. betragen.

Die österreichische Invalidenkasse wird deshalb in einem höheren Maße als in Deutschland zu einer staatlichen Versicherungsanstalt, was natürlich auch eine entsprechende Organisation der Spitze erfordert, wobei für uns hervorzuheben wäre, daß dem Vorstande auch Fachmänner auf dem Gebiete der Hygiene anzugehören haben, während der ganze Vorstand zugleich als Beirat des Ministeriums des Innern zu wirken hat.

Bei dieser Organisation fürchten die Ärzte nach den bisherigen Erfahrungen, daß bei den „weiteren" Funktionen für die territorialen und zentralen Organe eine Mehrarbeit an der Basis, d. h. bei den Krankenkassen, entstehen könnte, welche den Kassenärzten ohne Entgeld auferlegt werden könnte. Gerade dieser Umstand, daß mit jeder neuen Verordnung den Ärzten neue Verpflichtungen ohne entsprechendes Entgeld und ohne jede Anerkennung auferlegt wurden, hat so wesentlich dazu beigetragen, daß die Stimmung in den Ärztekreisen eine vielfach geradezu verzweifelte geworden ist.

Als Hygieniker muß ich selbstverständlich das Hinzukommen der Invaliden- und Altersversicherung als einen ganz gewaltigen Fortschritt des sozialen Versicherungswesens anerkennen, weil nach den Erfahrungen in Deutschland auch bei den bescheideneren Mitteln in Österreich die Möglichkeit eröffnet wird, endlich wirkliche Sozialhygiene innerhalb der Arbeiterschaft im großen Stile in Angriff zu nehmen.

In dieser Beziehung ist es wichtig, daß die Altersgrenze auf 65 Jahre festgesetzt wurde und daß bei den geplanten österreichischen Einrichtungen durch das nähere Zusammenbringen von Kranken- und Invalidenkassen, die ganzen Kassen zur Errichtung von Heilstätten, Arbeiterwohnungen und ähnlichen Einrichtungen herangezogen werden können. Aus dieser Verbindung erwächst den bisher übermäßig und z. T. sogar rechtswidrig in Anspruch genommenen Krankenkassen eine gewisse Entlastung, weil

die Invalidenkassen die Heilbehandlung übernehmen können, ohne daß die Krankenkassen zu einem Ersatz verpflichtet sind. Die dadurch möglichen Kompetenzkonflikte wären wohl unschwer etwas einwandfreier zu lösen, als es zurzeit vorgesehen ist. Im Interesse der Arbeiter würde es weiter liegen, daß die Kassen nicht bloß berechtigt, sondern verpflichtet werden, die Untersuchungen der Anwärter für Invalidenrente durch einen Arzt vornehmen zu lassen.

In den Verwaltungsrat gehören meines Erachtens entschieden Vertreter der Kassenärzte neben den Hygienikern. Die Hygieniker sind bei unserem Abusus der Ämterkumulierung so mit Arbeiten überhäuft, daß wohl nur der eine oder andere sich mit diesen Fragen näher beschäftigen wird, die entschiedene organisatorische Fähigkeiten erforderen und sich nicht aus dem Lehrberufe herleiten lassen. Im Vorstande müssen aber auch Ärzte sitzen, die die Einzelheiten des Dienstes aus gründlicher Erfahrung kennen. Beide ärztliche Richtungen sind unentbehrlich, wenn alle berechtigten Wünsche erfüllt werden sollen.

Aus diesen kurzen Daten dürfte wohl hervorgehen, daß in dem Reformprogramm in diesem wichtigsten neuen Stücke in den höheren Verwaltungsstellen noch Unsicherheit herrscht, teilweise sogar Unklarheiten über die Ziele und Mittel bestehen.

Aber der Weg der Enquete, den die Regierung eingeschlagen hat, war bei der gegenwärtigen Lage wohl der einzige, um sich selbst über die Mängel ihres Programmes zu informieren. Bei allen Schwächen, die dieser Entwurf der Invalidenversicherung noch hat, erscheint er doch im ganzen als ein außerordentlicher Fortschritt gegenüber der bisherigen Gesetzgebung.

Die geplante Reform der Unfallversicherung enthält einige eindeutige Verschlechterungen. Es ist z. B. nicht vollständig geglückt, das Unfallversicherungsrecht der Arbeiter mit der im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch begründeten Haftpflicht der Arbeitgeber in ausreichende Beziehungen zu bringen; die Entschädigungsansprüche der Arbeiter entspringen nicht nur aus dem öffentlichen Rechte und die Unfallversicherung der Arbeiter soll auch den Arbeitgeber entlasten.

Der Arbeiter soll für jeden Betriebsunfall, der bleibende Folgen für ihn hat, entschädigt werden; damit kann man die teilweise Entschädigung der Verletzten nur dann als genügend berücksichtigt ansehen, wenn die Entschädigung hinter dem wirklichen Schaden nicht zu weit zurückbleibt. Während man in Deutschland bekanntlich $66^2/_3$ Proz. der wirklichen Lohnsumme in Anrechnung bringt,

wird in Österreich das Krankengeld nach den Lohnklassen berechnet und kann eventuell nur 50 Proz. des wirklichen Lohngeldes betragen; besonders die besser bezahlten Arbeiter einer Lohnklasse können dadurch stark gekürzt werden, weil bei der gewählten Lohnklasseneinteilung die Spannung innerhalb der einzelnen Klassen eine zu große sein kann.

Die Ausschaltung der bei land- und forstwirtschaftlichen Maschinen beschäftigten Arbeiter ist eine ganz ungerechte und höchst bedauerliche Verschlechterung gegen früher, und in der Enquete wurden diese Mängel auch rücksichtslos gekennzeichnet. Die Rücksicht auf die Agrarier darf nicht zu einer Brutalität gegen die Arbeiter führen.

Bei diesen beiden Hauptstücken, der Invaliden- und Unfallsversicherung, möchte ich noch einige allgemeine Bemerkungen einschalten: Die Mittel, welche zur Verfügung kommen, können nach dem Gesetzesvorschlage auch für die Errichtung von Heilanstalten verwertet werden. Hierbei sollte aber nicht unbeachtet bleiben, daß Deutschland mit seinen reichen Mitteln nicht nur Großartiges geleistet, sondern auch gezeigt hat, wie man es nicht machen soll. Es ist allerdings schon durch die Zentralisierung dafür gesorgt, daß nicht etwa eine Anstalt so gewaltige Mittel zur Verfügung hat, daß sie einfach Luxusbauten à la Beelitz baut, die man mit „Gediegenheit des Materials und Vorbeugung der Reparaturen“ ganz unzureichend zu beschönigen sucht. Luxus auf der einen, zu kurze Behandlung auf der anderen Seite sind sicher kein auf die Dauer befriedigender Modus.

Die überaus bescheidenen Resultate in den Tuberkuloseheilanstalten, bei denen man mit einer mäßigen Arbeitsfähigkeit an Stelle wirklicher Gesundung sich zufrieden gibt, lehren, daß man mit der Errichtung von solchen speziellen Heilanstalten vorsichtig sein muß. Die jetzige Zahl der in Österreich für Arbeiter zur Verfügung stehenden Tuberkuloseheilstätten ist allerdings skandalös niedrig; die Finger einer Hand sind bis jetzt noch zu viel zum Aufzählen derselben.

Österreich besitzt zurzeit nur 6 Tuberkulosesanatorien, die man neben den deutschen nennen kann (Arco, Wiener Wald, Ober-Mais, Gleichenberg als reine Privatanstalten); für den kleinen Mittelstand Alland und Gratwein, das noch nicht ganz fertig ist; zu diesen 6 Sanatorien kommen noch in Beneschau und Tannwald in Böhmen 2 Arbeiterheilanstalten im kleinsten Ausmaße zu 12 Betten. Dazu kommen 2 Lupusanstalten in Koschirsch bei Prag

und in Wien. Für skrofulöse Kinder existieren in Kurorten und an der See etwa 12 Anstalten. Gegenüber den 98 deutschen und 70 englischen Tuberkuloseheilanstalten ist das beschämend wenig. besonders für ein Land, in dem die Gebirge die besten natürlichen Verhältnisse bieten.

Zur speziellen Ausbildung des Ärzte- und Wärterpersonals ist nicht einmal genügende Gelegenheit gegeben. Die Errichtung einiger größerer Tuberkulosesanatorien für Arbeiter wird deshalb in Österreich unerläßlich sein. Aber man muß, wenn man den Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit ins Auge faßt. auch damit rechnen, daß immer nur ein Bruchteil der Heilbedürftigen in Sanatorien untergebracht werden kann (selbst in Deutschland von ca. 200000 höchstens 30000 und bei ausreichend langer Behandlung vielleicht nur 10—15000 im Jahre) und daß in einfachen Erholungsstätten im Gebirge und Wald und in öffentlichen Kurorten mit geringeren Mitteln ebensogute Resultate zu erzielen sein werden wie mit den Arbeitersanatorien in der bisherigen, viel zu kurzen Anwendungsweise in Deutschland.

Auch in der selbständigen Errichtung von Anstalten für bestimmte Berufskrankheiten oder Unfallfolgen ist die bisherige Rückständigkeit von Österreich nicht ganz so schlimm, wie sie auf dem Papier erscheint, weil die Frage, wieweit z. B. die Zander-Institute allgemeiner verwertbar sind, noch durchaus nicht vollständig gelöst ist. Verträge mit den Besitzern solcher Anstalten, die jetzt schon in allen großen Städten existieren, werden zunächst mit geringen Mitteln über viele Schwierigkeiten hinweghelfen.

Man kann deshalb mehr daran gehen, die eigentliche Wohnungshygiene ins Auge zu fassen, und wird damit sicher gute Erfolge erzielen.

Dieser Punkt zeigt gerade aber wieder die Bedeutung des behandelnden Arztes für die öffentliche Gesundheitspflege, da nur er die Einzelheiten durch seine fortwährende Berührung mit den Arbeitern gründlich kennt. Aus diesem Grunde würde eine Stellungnahme staatlicher Funktionäre und der Kassenverwaltungen gegen den Arzt zu einem schweren Hemmschuh für die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege werden.

Das Gewerbeinspektorat, wie es Österreich nach einem Gesetze vom 17. Juni 1883 hat, bedarf dringend einer Ergänzung durch ein Wohnungs- und Sanitätsinspektorat, um nur die Grundlagen richtig zu gewinnen. Man scheint das auch an den hohen Verwaltungsstellen teilweise schon einzusehen und zu erkennen, daß

die Kassen an der Beseitigung gesundheitsschädlicher Zustände in den Betrieben mitwirken sollten; dazu gehört aber die Mitwirkung der Kassenärzte, die durch Vorbeugung die Mittel der Kassen schonen könnten. Das jetzige Sanitätsinspektorat, das in seiner Anlage einen großen Fortschritt der staatlichen Sanitätsverwaltung darstellt, bedarf einer weiteren sozialhygienischen Ausbildung.

Wenn die Invalidenversicherung die Mängel in der Erkennung und Beseitigung von Betriebsschäden in Gewerbe und Industrie von einem neuen Gesichtspunkte zur Kenntnis und zum Bewußtsein der höchsten Verwaltungsstellen bringt, so könnte die Reform der Arbeiterschutzgesetzgebung noch in einem weiteren Sinne Anregung zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege geben. Man mag sich drehen und wenden wie man will, bei unserer wirtschaftlichen Entwicklung ist die öffentliche Gesundheit nun einmal das solide Fundament für eine gesunde Öffentlichkeit.

Vom ärztlichen Standpunkt liegt der Schwerpunkt der geplanten Reform in der Krankenversicherung. Leider enttäuscht hierin der neue Vorschlag die Ärzte nach vielen Richtungen und manches „Könnte“ des Entwurfes sollte durch ein entschiedenes „Müßte“ ersetzt werden.

Auch nach den jetzigen Vorschlägen erscheint immer noch der heilige Crispinus als der Nothelfer der Kassenvorstände, die auch in der Zukunft noch in der Lage sind, auf Kosten des Ärztestandes soziale Wohltaten zu üben.

Als Hygieniker muß ich mich zunächst entschieden dagegen aussprechen, daß die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter von der Versicherung ausgeschlossen werden. Die Teilversicherung des Hausgesindes auf dem Lande ist eine ganz ungenügende Maßnahme und die Dienst- und Gesindeordnung verpflichtet den Dienstgeber nur dazu, 30 Tage für den erkrankten Dienstboten zu sorgen, so daß es unbedingt nötig wäre, daß die Kassen vom 30. Tage ab überhaupt für diese Kategorie voll eintreten.

Der Gesundheitszustand der Landbevölkerung ist nicht nur wegen der Rekrutierung und der Beeinflussung der städtischen Bevölkerung, die sich aus ihr ergänzt, von großer Wichtigkeit, sondern sie liegt auch im Interesse der Landwirtschaft selbst, welche mit ihrer geringen Rücksicht auf die Landarbeiter gewiß nicht imstande ist, deren Landflucht zu verhindern. Der Gesundheitszustand der Landbevölkerung ist wegen der Ausbreitungsmöglichkeit von Epidemien und von Geschlechtskrankheiten so

wichtig, weil diese Leute bei den jetzigen Verhältnissen den Arzt selten oder zu spät aufsuchen.

Auch eine Reihe von Kleingewerbetreibenden, Diurnisten usw. müßte versicherungspflichtig erklärt werden. Die im Interesse der Hygiene erwünschte Versicherung der Familienangehörigen müßte obligatorisch erklärt, aber auch pekuniär besser geregelt werden. als es vorgesehen ist.

Auf der anderen Seite aber schließt die jetzige Fassung des Gesetzentwurfs den Mißbrauch der ärztlichen Hilfe nicht aus; es ist z. B. möglich, daß Frauen erst unmittelbar vor der Entbindung Mitglieder werden nur zum Zwecke, die Kosten der Niederkunft von den Kassen zu bekommen. Gegen derartige Eventualitäten müssen auch die Kassen geschützt werden. Es kommt weiter in Betracht, daß die einer Krankenkasse beitretenden besser situierten Leute, besonders solche, die während der Krankheit ihren Gehalt weiter beziehen, zu ungunsten der Arbeiter den Arzt viel mehr in Anspruch nehmen und auch in bezug auf die Medikamente die ungünstigsten Kassenmitglieder sind.

Eine Begrenzung der Kassenpflicht ist deshalb unbedingt nötig. Der Vorschlag, eine solche Grenze bei der Jahreseinnahme von 2400 K festzusetzen, hat bei der außerordentlichen Ungleichmäßigkeit der Verhältnisse in Österreich einige Mängel und es wurde deshalb von mehreren Seiten eine territoriale Abgrenzung vorgeschlagen, so daß etwa Großstädte, Industrieorte und das flache Land mit verschiedenen Höhen in Ansatz kommen sollten. Auf jeden Fall muß eine obere Grenze, wo die ärztliche Hilfe in natura in Anspruch genommen werden darf, festgesetzt werden, da nur der Arbeitszwang des modernen Industriearbeiters die gesetzliche Grundlage für die Gewährung der ärztlichen Hilfe in natura ist und im Geiste des Gesetzes von vornherein nur eine Sicherung der wirtschaftlich Schwächeren ins Auge gefaßt war, die als Zwangsarbeiter im kranken oder verletzten Zustande keine Armen sein dürfen.

Durch die Praxis der registrierten Hilfskassen und Meisterkrankenkassen und durch die Judikatur des obersten Gerichtshofes wurden Personen in die Versicherungspflicht einbezogen, welche vollkommen in der Lage sind, den Arzt aus eigenen Mitteln zu bezahlen. Dies widerspricht direkt dem Grundgedanken des Gesetzes, denn die ärztliche Hilfe in natura war in diesen Fällen nur dadurch zu beschaffen, daß die Ärzte in ihren Einnahmen in

der ungerechtfertigsten Weise und zum Schaden der Gesamtheit herabgedrückt wurden.

Durch diesen Mißbrauch wurde der Gedanke der Humanität gegen die wirtschaftlich Schwachen, die durch das Gesetz aufhörten zu den Armen gerechnet zu werden und denen ein Recht zuerkannt wurde, zu einer Inhumanität gegen den ärztlichen Stand. Das wird durch den Reformvorschlag nicht eindeutig beseitigt. Ein Gesetz muß aber in seiner paragraphierten Form und seiner Begründung eindeutig eine Judikatur unmöglich machen, die dem Geiste des Gesetzes direkt widerspricht.

Wird die obere Grenze in einer nicht überschreitbaren Weise festgesetzt, so können die Mitglieder anderer Kassen dadurch ihr Auslangen finden, daß sie Krankengeld beziehen, den Arzt aber selbst bezahlen. Dadurch wird ihre Stellung zum Arzte und die Stellung des Arztes zur Bevölkerung wieder eine natürliche und der Mißbrauch des Gesetzes beseitigt.

Ohne sich vorher zu vergewissern, ob die betreffenden Mittel auch vorhanden sind oder beschafft werden können, soll die Krankenunterstützung von 20 Wochen auf ein Jahr ausgedehnt werden, d. h. die Arbeit des Arztes soll ohne jede Entschädigung bedeutend vermehrt werden dürfen. Das ist ganz im Geiste der bisherigen Art gedacht, nach der die an sich durchaus berechtigte Wohltat nur auf Kosten der Ärzte geht. Das muß durch eine Änderung in der Stellung der Ärzte zu den Kassen beseitigt werden, weil sonst auch die Arbeiter ihr Recht nicht finden können. Schon jetzt hat der Arbeiter tatsächlich für eine Scheinbezahlung auch nur das Recht auf eine Scheinbehandlung, wie Kollege Bergmann in der Enquete treffend bemerkte. Damit ist aber dem Arbeiter nicht gedient. Eine so beträchtliche Verlängerung der Krankenunterstützung ist aber auch unnötig, wenn ein organischer Anschluß an die Invalidenversicherung hergestellt wird. Mit letzterer müssen auch die Kassenmitglieder an Zahl zunehmen und alle umfassen.

Die bisherige absolute Abhängigkeit der Ärzte von den Kassen hat es dahin gebracht, daß die Arbeit der Ärzte bei gleichbleibender Entlohnung stark vermehrt und durchaus nicht vereinzelt sogar verdoppelt und die Einzelleistung schon gelegentlich unter der Dienstmannstaxe bezahlt wurde. Die Zahl der Kranken, die auf einen Kassenarzt fällt, wurde dadurch auch vielfach zu groß.

Es hängt das zum Teil wohl auch mit der Gliederung des Kassenwesens zusammen. Auch in Deutschland ist eine vollständige Einheitlichkeit der Kassen nicht vorhanden. In Österreich bilden

die Bezirkskrankenkassen, welche mindestens 1000 Mitglieder zählen sollen, für jeden politischen Bezirk die untere Einheit. Daneben können aber noch bestehen: Betriebskrankenkassen, Bruderladen-(Knappschafts-) Krankenkassen, Genossenschafts- (Innungs-) und Vereinskrankenkassen. Besonders die Betriebskrankenkassen bieten die Möglichkeit, bei der vollständigen Abhängigkeit der Kassenleitung und der Ärzte von den Unternehmern unleidliche Zustände herbeizuführen, und in der Montanindustrie sind schon recht unerfreuliche Verhältnisse hervorgetreten.

Eine wirkliche Einheitlichkeit des ganzen Kassenwesens an der Basis wäre deshalb für alle Beteiligten, vor allem aber für die Arbeiter und Ärzte, eine Wohltat; aber auch für die Kassenverwaltungen, weil die Mängel der einzelnen Handwerke und Betriebe, besonders auch der Saisonarbeiter durch die bessere Lage anderer gemildert werden und die Verwaltungskosten heruntergehen, die bei kleinen Kassen relativ sehr hoch sind. Auch der Uebelstand, daß dieselben Arbeiter bei verschiedenen Betrieben, die vielerlei Arbeiter beschäftigen, ganz verschiedenen Kassen angehören oder die Kassen wechseln müssen, könnte beseitigt werden.

So lange das aber nicht erreichbar ist, müssen die Ärzte vom Staate in dessen eigensten Interessen eine viel energischere Unterstützung finden als bisher. Wenn die Kassen mit dem einzelnen Arzte Privatverträge schließen, so können sie einfach als Unternehmer diktieren, und gerade dadurch sind diese unleidlichen Zustände hervorgerufen worden. Daß aus eigener Ansicht oder unter dem Drucke der Verhältnisse manche Kassen sich mit ihren Ärzten bereits in leidlicher Weise auseinandergesetzt haben, ist ganz irrelevant gegenüber den vielen Unzuträglichkeiten und gegenüber dem Prinzip, dem Arzte zu untersagen, was für jedes Mitglied eines anderen Standes zulässig ist.

Der ärztliche Stand ist seiner Natur nach ein freier Stand, der eine ars liberalis ausübt. Darauf beruht das Vertrauen der Bevölkerung zu ihrem Arzte. Der angestellte Arzt, mag er auch noch so tüchtig sein, erscheint dem Kranken nie als so vollwertig wie der von ihm selbst gesuchte, vielleicht schlechtere Arzt.

Der Arzt wird deshalb im Interesse der Kranken prinzipiell auf der freien Ärztewahl bestehen müssen. Andererseits hat die Arbeiterversicherung so viele Besonderheiten, daß es sich praktisch nur um eine beschränkte freie Ärztewahl handeln kann, d. h. daß sich die Ärzte auf bestimmte Honorare verpflichten.

Aber auch dann werden genug Fälle übrig bleiben, bei denen

nur Pauschalierung möglich ist, bei denen also der Arzt unter allen Umständen in ein bestimmtes Dienstverhältnis treten muß. Dann sollten aber auch ähnlich wie bei staatlich oder kommunal angestellten Ärzten dauernde Zustände mit Pensionsberechtigung geschaffen werden, welche dem Arzte für seine Mühe, für seine hohe Unfallsmöglichkeit, für seine Invalidität und sein Alter dasselbe Recht einräumen wie dem Beamten und Arbeiter.

Die Einzelheiten der Honorarfixierung kann ich wohl hier übergehen. Ich möchte aber nachdrücklich darauf hinweisen, daß die freie Ärztewahl für größere Gemeinwesen sicher die einzige Lösungsmöglichkeit ist, die dem ärztlichen Stande wieder zu seinem Rechte verhilft und dem Arbeiter das volle Vertrauen bietet.

Das Gesetz muß deshalb für bestimmte Fälle dieses auch viel eindeutiger festlegen, als es in dem Entwurf geschieht. Besonders die „Anhörung“ der Beteiligten hat in Österreich nach den Vorkommnissen bei den Handelskammern einen peinlichen Beiklang und muß durch eine „Übereinstimmung“ ersetzt werden. Wenn auch vorübergehend damit die Kassen etwas mehr belastet werden, so ist der Zustand auf die Dauer auch für die Kassen günstiger und für den Staat ist es der einzige Modus, der seine Interessen vollständig wahrnimmt.

Man hat den Ärzten vorgehalten, daß auch bei freier Ärztewahl einzelne Ärzte viel, andere wenig zu tun haben, und doch liegt darin ein großer Irrtum. Sicher hat es immer gute und schlechte, viel und wenig gesuchte Ärzte gegeben, aber im allgemeinen weiß die Bevölkerung doch die tüchtigen herauszufinden und läßt sich auf die Dauer nicht vom Schein bestimmen.

Die Nachteile, die daraus entstehen, muß jeder Arzt mit sich ausmachen, wenn er sich entschließt, diesen Beruf zu wählen; dies liegt im Charakter des freien Berufes.

Bei der Abhängigkeit von den Kassen bestimmt aber erfahrungsgemäß die Tüchtigkeit viel weniger als die Protektion, und in vielen Fällen war zum Erlangen der Kassenarztstellen ein standesunwürdiges Unterbieten und Antichambrieren vor „Gevatter Schneider und Handschuhmacher“ das wichtigste. Das ganz einseitige Kündigungsrecht der Kassen und die kurzen Kontrakte ermöglichen aber bei jedem Wechsel im Vorstande eine unmotivierte Entlassung der Ärzte und einen Wechsel und Neuanstellungen wieder nach Launen. Durch solche Möglichkeiten war bis jetzt der pauschalierte Kassenarzt fast rechtlos und in der dadurch geschaffenen ungerechten Verteilung der Kassenmittel auf wenige Ärzte unter gleichzeitiger

Überbürdung derselben liegt der Krebsschaden der ganzen Gesetzgebung, die in dieser Ausführung weder den Arbeitern noch den Ärzten gibt, was sie erwarten durften. Zum Schneckengang verdorben wurde, was Adlerflug hätte werden können — gilt infolge solcher Mißgriffe leider von einem großen Teil der bisherigen volkswirtschaftlichen Gesetzgebung.

Gerade diese Ungerechtigkeit wollen die Ärzte beseitigt wissen. Das Mitglied des freien Ärztestandes soll nach seiner Tüchtigkeit sich Geltung verschaffen, dann kann auch der ärztliche Stand selbst die Standesinteressen voll und ganz wahrnehmen und unwürdige Erscheinungen unmöglich machen. Auch auf einen unvernünftigen Andrang zum medizinischen Studium dürfte dies günstig hemmend wirken.

Wenn jetzt der Kassenarzt mehr Kranke zugewiesen bekommt, und diese Mehrbelastung mit ganz ungenügender oder ohne jede Mehrentschädigung erfolgt, so wird mit der zunehmenden Zahl der Patienten seine Leistung eine geringere, selbst minderwertige, und zwar ohne seine Schuld: ultra posse nemo tenetur.

Kein Arzt kann sich der Tatsache verschließen und der Staat hat die Pflicht, das zur Kenntnis zu nehmen und abzustellen, daß mit zunehmender Zahl der Kassenkranken diese Zahl zur möglichen ärztlichen Untersuchung und Behandlung in ein steigendes Mißverhältnis kommen kann. Der Arzt kann von dem Kasseneinkommen nicht leben, er muß sich seine Existenz noch neben der Kassenpraxis verschaffen, und kann der schlechteren Bezahlung entsprechend auch nur schlechter arbeiten. Damit wird aber auch das Interesse der Arbeiter in der schwersten Weise geschädigt und die Nebenarbeit, die der Arzt im Dienste der öffentlichen Gesundheit zu leisten hat, oft unmöglich gemacht.

Die Krankenkassengesetzgebung hat große Mittel zur Verfügung gestellt, wo früher meist gar keine Entlohnung erfolgte. In Form der Armenpraxis erhielten früher trotzdem die meisten eine, wenn auch oft unzulängliche ärztliche Hilfe. Der zunehmenden Wohlhabenheit entsprechend tritt der Arbeiter jetzt aus der Armenbehandlung aus und erwirbt ein Recht auf ärztliche Hilfe. Dieser soziale Fortschritt ist für ihn aber nur ganz erreichbar, wenn der Arzt in der Lage ist, sich der neuen Aufgabe völlig zu widmen, d. h. wenn die Mittel in richtiger Weise angewendet werden. Das ist bis jetzt nicht ausreichend geschehen und deshalb haben die großen Mittel keine entsprechenden Erfolge erzielen lassen.

Ich will weiter darauf hinweisen, daß durch die Arbeiterver-

sicherung auch eine ganze Reihe neuer medizinischer Fragen aufgerollt wurden, die bearbeitet, aber auch gelehrt werden müssen. Hoffentlich zeigen diesmal die medizinischen Fakultäten dem Bedürfnisse nach Unterricht in der sozialen Medizin gegenüber ein größeres Verständnis und Entgegenkommen als leider früher in großen Volksfragen.

Hat der Arzt in freier Praxis mehr zu tun, so wird er auch der Mehrleistung entsprechend besser bezahlt, kann sich also den Fällen, soweit seine Kräfte reichen, ausreichend widmen; der Mehrarbeit entspricht die Mehrbezahlung und die Arbeit bleibt von Fall zu Fall eine gleich gute und damit wird das Interesse der Kranken und der Öffentlichkeit gewahrt.

Aber ob Pauschalierung oder freie Ärztewahl: seit die staatliche Ärztevertretung geschaffen ist und freie ärztliche Organisationen bestehen, muß der Ärztestand strikte darauf bestehen, daß ihm sein Koalitionsrecht gewahrt und daß von Organisation zu Organisation verhandelt wird. Nur die Organisation, bei der alle Fäden zusammenlaufen, kann den Arzt gegen Ausbeutung schützen. Die Organisation der Arbeiter hat die Pflicht, nach den von ihnen selbst aufgestellten Forderungen auch die Organisation der Ärzte zu achten und sich durch Kollektivverträge und Vertragskommissionen von Organisation zu Organisation zu verständigen.

Manchen Kassen kommt es schwer an, ihren reinen Unternehmerstandpunkt den Ärzten gegenüber aufzugeben. Sollten sie darauf beharren und dem ärztlichen Arbeiter nicht dieselben Rechte zuerkennen, die sie für sich als Arbeiter in Anspruch nehmen, so haben die Ärzte dieselben Kampfmittel in der Hand wie die Arbeiter und werden vor der passiven Resistenz und schließlich auch vor dem Streik nicht zurückschrecken.

Es ist gewiß traurig, daß ein Gelehrtenstand, daß die Vertreter einer ars liberalis vielleicht zu diesem äußersten Mittel greifen müssen, aber die einfache Rechtslage kann es einmal fordern. Die Proletarisierung des ärztlichen Standes, wie sie bei Mißachtung der ärztlichen Organisationen durchaus nicht mehr unmöglich erscheint, würde aber im Interesse der öffentlichen Gesundheit ein so furchtbares Unglück sein, daß der Staat, der die Pflicht hat, etwas weiter zu sehen, durch Wahrung berechtigter Forderungen der Ärzte Vorkehrungen treffen muß, daß dieses Unheil verhütet wird. Die Reform der Arbeiterschutzgesetzgebung bietet dem Staate die Möglichkeit, zu zeigen, ob er gewillt ist, die dem Ärztestande gegebene Organisation selbst ernst zu nehmen und ihr die Achtung

zu verschaffen, die sie zu beanspruchen hat. Nur bei Verhandlungen von Organisation zu Organisation können die Interessen der Arbeiter und der Ärzte, d. h. der beiden Faktoren gewahrt werden, die das unmittelbarste Interesse an der Arbeiterschutzgesetzgebung haben. Nur damit können die übergeordneten Interessen der Öffentlichkeit zu ihrem vollen Rechte kommen.

Nachdem die österreichische Regierung durch die ärztliche Enquete den guten Willen gezeigt hat, die Wünsche der Ärzte unmittelbar zur Kenntnis zu nehmen, darf man wohl hoffen, daß es auch gelingt, die Mängel, die das Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung noch an sich hat, zu beseitigen.

Die Fürsorge für Krüppel in ihrer sozialen Bedeutung.

Von Geh. Medizinalrat Professor Dr. A. Guttstadt,
Mitglied des Kgl. preuß. Statistischen Landesamts, Berlin.

Die öffentliche Aufmerksamkeit ist erst in der neuesten Zeit in erfolgreicher Weise auf die unglückliche Lage der verkrüppelten und verstümmelten Menschen gerichtet worden. Veranlassung hierzu gab die erfreuliche Erfahrung, daß das Leiden dieser Unglücklichen nicht immer als ein abgeschlossener, unheilbarer Zustand anzusehen ist, der keine Hoffnung auf Besserung zuläßt. Die heutige Chirurgie hat nämlich auf ihrem Zweiggebiete der Orthopädie so staunenswerte Leistungen aufzuweisen, daß die Fürsorge für Krüppel in vielen Fällen hilfreich auf die Besserung des Leidens einzuwirken vermag, so daß der trostlose Zustand der Erwerbsunfähigkeit verschwindet und Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auch einen Krüppel zu einem nützlichen Mitgliede der menschlichen Gesellschaft machen kann. Neben der weit über 100 betragenden Anzahl von orthopädischen Anstalten, welche den Zahlungsfähigen zur Verfügung stehen, wirken bereits 25 Krüppelheime im Deutschen Reiche segensreich, in denen mehr als 1500 Plätze zur Unterbringung von armen und minderbemittelten Krüppeln bereit stehen. Mit den größeren Anstalten sind nach dem mustergültigen Vorgange der nordischen Länder Handwerkshäuser verbunden. Die Arbeitserlernung in diesen Anstalten findet jedoch ihre natürliche Begrenzung in dem Umstande, daß alle Handwerke und Beschäftigungsarten selbst in der größten Anstalt nicht betrieben werden können, sondern nur die wichtigsten Grundhandwerke. Es finden daher in den Krüppelheimen vorzugsweise Kinder unter 14 Jahren Aufnahme.

Aber im Vergleiche zur Anzahl der im Lande vorhandenen verkrüppelten Kinder reichen diese Krüppelheime bei weitem nicht

aus. Ist doch allein in der Provinz Schlesien durch eine Erhebung im Jahre 1901 die Zahl dieser unglücklichen Kinder unter 14 Jahren auf 2404 festgestellt; in der Rheinprovinz sind sogar 7172 solcher Kinder im Jahre 1903 ermittelt. Viel größer ist aber die Zahl der erwachsenen Krüppel.

So betrug in der Provinz Schleswig-Holstein im Jahre 1897 die Zahl der verkrüppelten Kinder unter 16 Jahren 1295 und der Verkrüppelten im Alter von mehr als 16 Jahren 3475. In der Rheinprovinz belief sich die Zahl der Krüppel unter 16 Jahren auf 8580 (4693 m., 3887 w.), dagegen die der Krüppel über 16 Jahre auf 40 928 (27 549 m., 13 379 w.). Von den Erwachsenen waren 10 784 = 26,3 v. H. von Geburt an, 10 095 = 24,6 v. H. durch Krankheit, aber 16 419 = 40,1 v. H. durch Unfall Krüppel geworden. Von besonderem Interesse dürfte daher die nachfolgende Statistik [1]) der Krüppel in der Rheinprovinz erscheinen, welche über die Art der Verkrüppelung, ihre Ursachen, die wirtschaftliche Lage der Krüppel usw. Auskunft gibt.

Statistik der Krüppel in der Rheinprovinz im Jahre 1903.

	Krüppel u. Verstümmelte unter 16 Jahren	Krüppel u. Verstümmelte über 16 Jahre
Anzahl	8580	40 928
davon		
1. männlich	4693	27 549
weiblich	3887	13 379
2. Religion:		
a) evangelisch	2204	10 698
b) katholisch	6329	29 922
c) israelitisch	47	308
3. Geistige Beschaffenheit:		
a) gesund	7971	39 436
b) nicht gesund	609	1 492
4. Unterricht:		
a) noch nicht schulpflichtig	1664	—
b) Schulunterricht	5755	34 281
c) ohne Unterricht	710	—
d) konfirmiert	138	36 548
5. Ursachen:		
a) angeborene	3607	10 784
b) Krankheiten	2852	10 095

[1]) Aus dem „Jahrbuche der Krüppelfürsorge“, von Pastor Th. Schäfer in Altona, 4. Jahrgang (1903), S. 34 bis 41.

	Krüppel u. Verstümmelte unter 16 Jahren	über 16 Jahre
c) Unfall	1384	16 419
d) Krieg	—	581
e) unbekannt	757	2 973
6. Art der Verkrüppelung:		
a) es fehlt Arm oder Hand	153	1 681
b) es fehlt Bein oder Fuß	165	2 429
c) es fehlt mehr als ein Glied	172	1 351
d) Arm oder Hand verkrüppelt oder verstümmelt	667	4 704
e) Bein oder Fuß verkrüppelt oder verstümmelt	1312	4 991
f) mehr als ein Glied verkrüppelt oder verstümmelt	353	1 548
g) Glieder steif oder verkürzt oder beides	1449	6 704
h) Verkrümmungen	1189	5 140
i) Klumpfüße	199	949
k) sonstige Mißbildungen	767	3 267
l) mehrere dieser Schäden	136	793
m) Lähmungen	1203	4 825
7. Komplikationen:		
a) Krämpfe	215	546
b) Lähmungen oder sonst. organische Krankheit	338	1 169
c) Blindheit	197	1 814
d) Taubstummheit	505	1 158
8. Heilversuche	4034	19 079
9. Eltern verwandt	231	434
10. Verwandte verkrüppelt	326	1 176
11. Unterhalt:		
a) durch Eltern oder Verwandte:		
α) gut	4847	6 284
β) ärmlich	3337	3 774
b) selbst (persönlich):		
α) gut	—	16 295
β) ärmlich	—	9 915
γ) mit Unterstützung	—	2 753
c) durch öffentliche Armenpflege:		
α) Kommune	310	2 211
β) Provinz (landarm)	106	221
d) durch private Armenpflege:		
α) Kirche	26	106
β) Vereine	20	144

Die vorgeführten Zahlen für einzelne Provinzen Preußens lassen erkennen, daß die Zahl der Krüppel im Deutschen Reiche eine erschreckende Höhe erreicht, insbesondere aber die der Krüppel über 16 Jahre. Diesen Hilfe zu bringen, ist eine soziale Aufgabe von großer Tragweite. Die Behandlung von Unfallversicherten

unter diesen Verkrüppelten tritt dabei besonders in den Vordergrund. Ob die in gewerblichen Betrieben Verunglückten und dadurch Verstümmelten den Willen haben, die ihnen noch gebliebenen Kräfte und Arbeitsmöglichkeiten auszubilden, ist in manchen Fällen nicht anzunehmen. Die Arbeitswilligen dagegen fürchten eine Herabsetzung der Rente, die ihnen zugesprochen ist, nicht. Es handelt sich demnach für die letzteren um den Nachweis von Beschäftigungsarten und um eine Einübung in neuen Beschäftigungen. Die Krüppelheime an und für sich bieten dazu nicht die geeignete Gelegenheit; auch ist die gemeinschaftliche Unterbringung von Erwachsenen und Kindern in Anstalten aus naheliegenden Gründen nicht empfehlenswert. Wie sollen daher im Berufe Verstümmelte oder Verkrüppelte wieder arbeitstüchtig werden?

Während über die Häufigkeit der Unfälle in den einzelnen gewerblichen Betrieben genaue Angaben vorliegen, fehlt es fast gänzlich an zuverlässigen Nachrichten darüber, in welchem Grade die Verletzten infolge des Unfalls erwerbsunfähig geworden sind. Zwar könnten die Akten des Reichsversicherungsamts darüber Auskunft geben, wie die Unfallsfolgen in jedem einzelnen Falle seitens der verschiedenen Gutachter, Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamts geschätzt worden sind; aber diese Schätzungen entbehren deshalb eines wahren Wertes, weil in der Tat ein großer Teil der Verstümmelten mit der Zeit doch eine ganze Menge häuslicher Verrichtungen erfüllen lernt, so daß die theoretische Abschätzung der Unfallsfolgen sich keineswegs mit der praktischen Erfahrung deckt.

Es muß deshalb als eine schwere Lücke empfunden werden, daß im ganzen Reiche noch nichts Zuverlässiges darüber bekannt ist, in welchem Grade die durch einen Unfall in ihrem Erwerb geschädigten doch mit der Zeit wieder einen Beruf erfüllen können, und inwieweit mit den Jahren eine Anpassung an den veränderten krankhaften Zustand ihres Körpers sich ermöglichen läßt.

Es würde deshalb dringend im Interesse der medizinischen und der Versicherungswissenschaften liegen und eine viel größere Sicherheit der Entscheidung der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamts gewähren, wenn über die Unfallsfolgen, wie sie sich in der Praxis tatsächlich im Laufe von Jahren und Jahrzehnten gestalten, einmal amtliche Erhebungen stattfänden.

Es könnten derartige Ermittlungen wohl am zweckmäßigsten durch die Berufszählung gemacht werden, und zwar in der Weise, daß die Frage: „Verkrüppelt, verstümmelt, sonst gebrech-

lich? Art der Verkrüppelung, Ursache (angeboren, Krankheit, Unfall, ob im Berufe?) ist anzugeben: . . ." in den Fragebogen aufgenommen würde. Die Beantwortung dieser Frage wird dann Auskunft geben über die Beschäftigungsarten, welche für Verstümmelte und Verkrüppelte noch als mögliche Erwerbsquellen anzusehen sind. Auf dieser Grundlage würde die soziale Fürsorge ein weites Feld segensreicher Einwirkung auf das Schicksal vieler tausend Unglücklichen bearbeiten können.

Ein Antrag des Kgl. preußischen Statistischen Landesamts auf Berücksichtigung der vorherstehenden Fragestellung bei der nächsten Berufszählung im Jahre 1907 ist zwar abgelehnt worden, doch steht zu hoffen, daß er bei einer späteren Zählung Berücksichtigung findet.

Die Grundsätze des modernen Krankenhausbaues in den großen Städten.

Von Privatdozent Dr. med. H. GERHARTZ,
Wissensch. Hilfsarbeiter im Kais. Gesundh.-Amt, Berlin.

Ursprünglich Versorgungshäuser für Sieche und Kranke zugleich, haben die Krankenhäuser erst im Laufe ihrer Entwicklung ihren heutigen Zweck, der Behandlung und dem Studium zu dienen, als mächtigsten Grundsatz für ihre Ausgestaltung gewonnen. Wie überhaupt in der Wissenschaft hat sich auch hier der Fortschritt nicht auf der ganzen Linie in gleicher Weise vollzogen: hier und da reiften gesunde Prinzipien zu vollendeter Entwicklung, aber der allgemeine Fortschritt geschah in langsamen Schritten. Auch Rückschritte haben nicht gefehlt. Sie haben zu wiederholten Malen mühsam Errungenes um ein Jahrhundert der Entwicklung zurückgebracht; so hat der heutige Krankenhausbau noch kaum die Schäden verwunden, die sich in den letzten Jahrhunderten eingeschlichen hatten, aber er hat wiederum angeknüpft an den Faden gesunder Entwicklung. Die Gründe für diesen Umschwung liegen nicht allein in der Erkenntnis der Fruchtbarkeit der Prinzipien, die auch früher den Fortschritt bedingt hatten, sondern z. T. in dem Eintritt echt moderner fördernder Elemente.

Wie auf anderen Gebieten überhaupt hat sich auch hier die Spezialisierung als fruchtbarstes Element erwiesen. Der Aufschwung der modernen Medizin hat in der Ausbildung der Sonderfächer gleichzeitig eine Summe von Einzelwünschen für Unterbringung und Behandlung der spezialistischen Kranken gezeugt, die nicht ohne großen Einfluß auf den Krankenhausbau gewesen sind. Schon früh haben praktische Gesichtspunkte zur Dezentralisierung geraten. Das ganze Mittelalter hindurch war das allgemeine Hospital noch Armen-, Siechen-, Pfründen- und Krankenhaus zugleich; nur sporadisch

traten in dieser ganzen Zeit einzelne Kategorien heraus, und erst gegen Ende des Mittelalters mehrten sich diese Fälle.[1]) Für Aussätzige und sonstige ansteckende Kranke gab es besondere Krankenhäuser (Maladrerien und St. Jürgenhäuser), so z. B. in Frankreich um das Jahr 1225 2000 Leprahäuser, und für die Unterkunft der Reisenden und Fremden wurden seit dem 13. Jahrhundert die sog. „Elendsherbergen" gegründet. Wie es damals mit den Spitälern aussah, beleuchtet der Umstand, daß um die Mitte des 13. Jahrhunderts Meister und Brüder des Regensburger Katharinenspitals erklärten, daß dieses für die Menge der Armen zu klein sei, so daß es ihnen nicht nur nicht genüge, sondern ihnen Ansteckung und frühen Tod bringe, da die Luft verderbt sei und die Ansteckung der Kranken durch das zu enge Liegen befördert werde.[2]) Man sah also das Unzuträgliche der Verbindung dieser verschiedenartigsten Dinge wohl ein. Dafür spricht auch die Großartigkeit der Anlage von Maristan Kala'ûn in Kairo (1279—1290), einer Krankenanstalt, die in weitgehendster Spezialisierung — sie besaß besondere Kliniken für Augen-, für Geisteskranke u. s. f. — Vollendetes erreichte. In Mailand wurden 1571 auf Vorschlag von Philibert de L'orme die Kranken mit heftigen und hitzigen Fiebern in den nördlichen und kühleren Teilen des Hospitals untergebracht, die mit Katarrhen und anderen Erkrankungen in den südlichen.[3]) Später trennte man in Paris (im Hôpital des incurables) auch die Wirtschaftsgebäude vollständig von den Krankenräumen, eine Maßnahme, die erst in letzter Zeit wieder Eingang gefunden hat. Furttenbachs Plan eines Pesthauses läßt sogar schon die völlige Trennung der Infizierten von den Genesenden erkennen. Die Errichtung von Armenhäusern, Altersversorgungshäusern und Waisenhäusern, die im 17. Jahrhundert einsetzte, konnte diese gesunden Grundsätze nur noch mehr für den Fortschritt in der Entwicklung des allgemeinen Krankenhauses nutzbar machen. Die Zunahme der Kranken, das Wachsen der großen Städte führten aber bald zu gefährlicher Ausdehnung der Krankenhäuser. Wahrhaft erschreckende Zustände melden die damaligen Berichte. Im Hôtel-Dieu in Paris waren 300—400 Kranke in einem Raume untergebracht; oft teilten 4—6 Erwachsene oder 6—8 Kinder das Bett![4]) In dem Sturmschen

[1]) Kuhn, O., Krankenhäuser. In Ende-Schmitt-Wagner, Handb. d. Archit., IV. Teil, V. Halbb., 1. Heft, Stuttgart 1897, S. 24.

[2]) l. c. S. 15.

[3]) Kuhn, l. c. S. 17ff.

[4]) Kuhn, l. c. S. 36.

Plan für ein Fremden- und Krankenhaus (1720), der die traurigen Zustände im Krankenhauswesen dieser Zeit vortrefflich charakterisiert, war vier Unterhausvätern der gleiche Raum zugewiesen, wie er 270 Kranken zukam, und auf den Oberhausvater kam die Hälfte dieses Raumes. Der Erfolg in solchen Anstalten entsprach diesen Einrichtungen. In einer Broschüre erzählt Chamousset denn auch, daß im Hôtel-Dieu in Paris ein Viertel der Kranken starb, die Rückfälle schlecht und oft tödlich waren (1756). Solch böse Erfahrungen haben naturgemäß häufige und leidenschaftliche Diskussionen hervorgerufen; und in der Tat ist zu keiner Zeit das Krankenhaus mehr der Gegenstand literarischer Arbeiten und des Studiums und das Thema der Arbeit von Kommissionen gewesen als damals. Es konnte nicht fehlen, daß man dabei auf die günstigen Erfolge aufmerksam wurde, die in England seit längerer Zeit erzielt worden waren. Hier waren die physikalischen Heilfaktoren in ausgedehntestem Maße berücksichtigt worden. Weitgehende Spezialisierung hatte zur Errichtung vieler nützlich wirkender Spezialkrankenhäuser geführt, und überhaupt waren die wichtigsten hygienischen Forderungen hier schon früh in ihrem Werte erkannt und präzisiert worden. Diese Grundsätze, die in der Schrift Pringles[3]) in vollendeter und überzeugender Weise entwickelt worden waren, riefen eine neue Ära im Krankenhauswesen hervor. Und doch kam erst 1773 der Vorschlag, das Hôtel-Dieu in Paris zu einem reinen Krankenhause zu machen, und 1786 erst die Forderung, daß jeder Kranke sein eigenes Bett haben solle! Seit dieser Zeit aber hat sich endgültig das System der Dezentralisation der Kranken Bahn gebrochen. Die ersten praktischen Anwendungen (1829 in Bordeaux, Krankenhaus St. André, 1846—1854 Hospital Lariboisière in Paris) wurden die Muster für die Neugestaltung des Krankenhauswesens. Ausschlaggebend sind für die Wahl des Pavillonsystems, das nun die Grundlage der Hospitalhygiene wurde, hauptsächlich die guten therapeutischen Erfahrungen gewesen, die im Kriege mit improvisierten Krankenhäusern und provisorischen Baracken erzielt worden waren.[4]) Ich stehe nicht

---

[1]) Ruppel, F., Anlage und Bau d. Krankenh. usw. in Weyls Handb. d. Hyg., V. Bd., Jena 1899, S. 3.

[2]) Ruppel, l. c. S. 60.

[3]) Pringle, J., Beobachtungen über die Krankheiten einer Armée, sowohl im Felde als in der Garnison. Aus d. Engl. v. J. E. Greding, Altenburg 1772.

[4]) Von größtem Einflusse wurden die Schriften der folgenden Autoren: Brocklesby, R., Ökonom. u. med. Beob. z. Verb. d. Kriegslaz. usw. Übers. v.

an zu behaupten, daß die Lostrennung aus dem ursprünglichen Charakter der Anstalten, die in der Verwendung des Pavillonsystems die bequemste und gesundeste Handhabe zur Erreichung des Endzieles, der Isolierung zusammengehöriger Kategorien von Kranken, fand und die daraus gefolgte klare und grundsätzliche Betonung des therapeutischen Endzweckes unserer Krankenhausbauten das mächtigste Prinzip und die für den Fortschritt dieses Zweiges der sozialen Wohlfahrt förderlichste Maßnahme gewesen sind. Sucht man die Gründe, welche den Anstoß zu dieser Abänderung gegeben haben, so liegen sie hauptsächlich in dem Wachsen des Umfanges der Anstaltsfürsorge, in dem erneuten Aufschwunge der wissenschaftlichen Medizin und nicht zuletzt in den bösen Erfahrungen, die mit dem alten System gemacht worden waren. Gerade der letztere Umstand hat zum Studium der den Erfolg bedingenden Faktoren gezwungen. Da nun die Hilfsmittel, die das Krankenhaus bieten kann, notwendig dem Zwecke, den es erfüllen soll, dienen müssen, und die zweckmäßige Ausgestaltung der Einzeleinrichtungen, die nun infolge des selbständigen Ausbaues der Einzelpavillons bequem zu erreichen war, die Güte des Ganzen bedingt, war die Folge eine erneute Durchbildung der Einzelheiten; diese mußte sich, der weittragenden Bedeutung der neuen Grundsätze gemäß, notwendig in größtem Umfange vollziehen. Daß dies alles heute noch nicht zu sicheren Normen entwickelt ist und wir noch inmitten dieser Durcharbeitung stehen, ist jedem bekannt. Es ist schon daraus erklärlich, daß nunmehr der Ausbau unseres Krankenhauswesens mit dem Fortschritte der Medizin einhergeht, während er früher weniger von der Ausbildung der Heilkunde, als von dem jeweilig herrschenden Wohlstande abhängig war. Notwendigerweise mußte dieser Faktor in den letzten Jahrzehnten zum besonderen Ausdrucke kommen durch die Einführung und das erneute Studium der Bedeutung der physikalischen Heilfaktoren. Diese Bewegung, in der Deutschland vorangegangen ist, und die sich vor allem in der Behandlung der Lungentuberkulose konzentriert hat, hat die Konsequenz gehabt, daß nunmehr die Krankenhäuser in den Mittelpunkt dieser Therapie gestellt wurden und eine ungeahnte Entwicklung vor sich hatten. So ist die rastlose und erfolgreiche Entwicklung des Sanatorium- bzw. Heilstättenbaues in Deutschland erklärlich geworden. Heute ist diese bezüglich

Ch. G. Selle, Berlin 1772. Le Roy, Mémoires de l'académie, Année 1787, Paris 1788. Pirogoff, N., Grundzüge der allg. Kriegschir. usw., Leipzig 1864.

des Heilstättenbaus zu einem gewissen Abschlusse gekommen und es haben sich wichtige Grundsätze festlegen lassen. Für das allgemeine Krankenhaus, besonders der großen Städte, harren diese letzteren jedoch noch teilweise der Übertragung in lebenskräftige Gestaltung, und es scheint, daß an einigen Schwierigkeiten die Fortbildung scheitern soll.

Die Hauptschwierigkeit, die sich besonders in den großen Städten geltend macht, ist die Sorge für genügend gute, reine Luft, eine ausreichende Besonnung und Staubfreiheit. Da sie die wichtigsten Faktoren des Reformbaues repräsentieren, steht und fällt mit ihrem Vorhandensein die so notwendige Umgestaltung.

Der Bedeutung entsprechend sind die Vorschläge und Maßnahmen, die das Problem lösen sollen, schon alt und zahlreich. Es scheint, daß zuerst Alberti[1]) die Wichtigkeit der guten Auswahl des Krankenhausbauplatzes nachdrücklich betont hat. Ihm galten die ausgezeichneten Hospitäler von Toscana als nachahmenswertes Muster. Sie waren an den gesundesten Plätzen errichtet; die ansteckenden Kranken waren vor der Stadt untergebracht, und im Krankenhause selbst waren die Rekonvaleszenten von den frisch Erkrankten völlig getrennt. Überhaupt standen die italienischen Krankenhäuser dieser Zeit allen anderen voran. Im Ospedale degli Incurabile in Genua, das 1420 erbaut wurde, war ein vollständiges System von Lüftungskanälen, die mit Klappen zu verschließen waren, angebracht, wodurch bei kalter Jahreszeit das Öffnen der Fenster unnötig wurde. Die italienischen Hospitäler wurden Muster für die deutschen und französischen, natürlich unter Berücksichtigung der durch das veränderte Klima bedingten Faktoren. Auch hier suchte man die allgemeinen Krankenhäuser durch die Absonderung der Genesenden zu entlasten und den letzteren bessere Bedingungen eines ungestörten Heilungsverlaufes zu geben. Am Hôpital des incurables in Paris (von Gamard 1635—1649 erbaut), das schon oben erwähnt wurde, half man sich durch Anbau gedeckter Esplanaden, die bei schlechtem Wetter den Aufenthalt im Freien ermöglichen sollten. Aikin[1]) in England wollte alle chronischen Kranken und solche, deren Heilung besonders reine und frische Luft erforderte, wozu auch die Lungenkranken rechneten, aus dem Hospital entfernt wissen und forderte unter Hinweis auf das Hospital zu Greenwich für solche Kranke einzelne Zellen und

---

[1]) Alberti, De re aedificatoria, Venedig 1485.

[2]) Aikin, J., Thoughts on hospitals, with a letter by T. Percival, London 1771.

kleinere Zimmer als sonst der Unterbringung dienten. Unausgesetzt tritt in der Geschichte des Krankenhauswesens die Rekonvaleszentenfürsorge hervor, und bei Gelegenheit der Stiftung von De Montyon wurde vom Conseil général sogar über die Errichtung selbständiger Rekonvaleszentenhospitäler beraten.[1]) Wenn die Pläne auch nicht ihre Verwirklichung fanden, neben der Unzulänglichkeit der Mittel aus dem sonderbaren Grunde, weil Reinlichkeit, Gesundheit und Polizei in einem von Rekonvaleszenten besetzten Hause nicht aufrecht zu erhalten seien und es zweckmäßiger sei, sie, mit Mitteln versehen, in ihre Häuslichkeit zurückzusenden, so zeigt das Beispiel doch, in welcher Bedeutung schon damals die Fürsorge für die Genesenden stand, und daß die Errichtung von Genesungshäusern, die in jüngster Zeit von neuem empfohlen wurde,[2]) keineswegs als neue Idee anzusehen ist. Napoleon III. brachte sie zuerst 1855 zu wirklicher Ausführung durch die Erbauung zweier Rekonvaleszentenhospitäler für genesende bzw. invalide gewordene Arbeiter zu Vincennes und Vésinet. Die ersten Erfahrungen waren indes wenig ermutigend. Es scheint, daß die hohen Kosten der Verbindung mit Paris daran die Hauptschuld trugen. Rekonvaleszentensäle, die in neuerer Zeit im Hospital Lariboisière in Paris zum ersten Male in Anwendung gebracht und Muster für ähnliche Einrichtungen in Frankreich, Deutschland und England geworden waren, behielten den Vorzug, bis in jüngster Zeit, veranlaßt durch die günstigen Erfahrungen, die mit den Heilstätten gemacht wurden, auf die Gründung eigentlicher Genesungshäuser zurückgegriffen wurde. Gottstein, dem das Verdienst zukommt, in einer ausgezeichneten und für viele Reformfragen unserer modernen großstädtischen Krankenhäuser grundlegenden Arbeit Normen für die städtischen Leistungen hinsichtlich der Krankenversorgung aufgestellt zu haben, ist in der Frage der Dezentralisation insofern weitergegangen,[3]) als er nicht nur die

---

[1]) Kuhn, l. c. S. 151.

[2]) Ziemssen, H. von, Ländl. Sanator. f. d. öffentl. Krankenpflege. Samml. klin. Vortr. I, 8. 28. Vortr. Leipzig 1900. Auerbach, S., Zur Reform des Krankenhauswesens in den Großstädten, Med. Reform 1905, S. 371. Gottstein, A., Erfüllt die Berliner Kommune die notw. Forder. usw., Deutsche med. Woch. 1905, S. 835 u. 874. Blumenthal, F., Medizin. Klinik 1905, S. 999. Zur Krankenhausnot in Berlin, Med. Reform 1905, S. 306.

[3]) Gottstein, A., Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens? D. med. Wochenschr. 1905, 21 u. 22.

Loslösung der Genesenden von den frisch Erkrankten befürwortet, sondern die Zweiteilung der Krankenhäuser nach dem Grade der für Luftraum, Behandlung und Versorgung nötigen Aufwendungen bemißt. „In die erste Gruppe gehörten die mit dem allergrößten Aufwand an Licht, Luft, Instrumentenschatz, Ärzte- und Wärterpersonal versorgten zentralen, auf die einzelnen Stadtteile verteilten kostspieligen Anstalten. Hier finden die Patienten mit plötzlichen Verletzungen, mit akuten inneren und chirurgischen Erkrankungen, zumal mit Infektionskrankheiten, so lange Aufnahme, innere und chirurgische Versorgung, bis sie als Rekonvaleszenten in die nach Bodenwert und Einrichtungen erheblich billigeren, in den Vororten gelegenen Rekonvaleszentenheime verlegt werden können. Alle länger dauernden Erkrankungen, wie die chronischen Herz-, Nieren- und Lungenleiden, die Knochenbrüche, Unterschenkelgeschwüre, bösartigen Neubildungen, werden überhaupt nach kurzem Durchgang durch die zentralen Anstalten in die Spezialstationen der Vororte verlegt. Hier genügt eine billigere Bauart, einfachere Ausstattung und geringeres Arzt- und Wärterpersonal.“ Ohne Zweifel würde eine derartige Lösung der Krankenhausfrage einen großen Fortschritt bedeuten, und Gottstein hat vor allem durch seine Vorschläge einen Weg gewiesen, die enormen und noch weiterwachsenden Kosten des Krankenhausbaues, ohne irgendwie in therapeutischer Hinsicht etwas zu vernachlässigen oder zu verschlechtern, ganz erheblich herabzusetzen. Andererseits ist die Frage, ob die Gottsteinschen Vorschläge eine völlige Reform, deren Notwendigkeit es ja auch anerkennt, garantieren. Verlangt Gottstein für die in zentral gelegenen Anstalten untergebrachten Kranken den allergrößten Aufwand an Licht und Luft, so liegt darin angesichts der faktischen Unmöglichkeit, diese Faktoren innerhalb der Städte zur Verfügung zu haben, schon die Forderung, weiter zu gehen. Hat sich für die Rekonvaleszenten nach übereinstimmendem Urteile die Notwendigkeit der Abänderung der alten Systeme, eine Unterbringung in außerhalb gelegene Anstalten und systematische Anwendung der physikalischen Heilfaktoren als unumgänglich erwiesen, so ist nicht einzusehen, weshalb für alle übrigen Kranken diese Forderungen zurücktreten sollen. Wenn die hohen Anforderungen der heutigen geklärten Wohnungshygiene auf die Lebensverhältnisse der ärmeren Bewohner konsequente Anwendung beanspruchen, so erst recht auf die Räume unserer Krankenanstalten. Luft und Licht sind schon für jeden Menschen die vornehmsten Bedingungen zur Erhaltung seiner Gesundheit; während

aber Gesunden nur zeitweise die Wohnräume zum Ersatz der freien Luft notwendiger Aufenthalt und Schutz sind, dienen sie in den Krankenhäusern zur dauernden Belegung kranker Menschen. Dies macht ganz andere Anforderungen zum Bedürfnis, als die, welche bisher befriedigt wurden. Durch die Raumvergrößerung wird nie und nimmer in den Städten dem völlig Rechnung getragen werden können, sondern es sind hier außergewöhnliche Maßnahmen geboten. Zwar ist man in vielen Fällen durch zweckmäßige Gestaltung der gesamten Anlage, durch sorgfältig erwogene Verteilung, Abstand und Stellung der Gebäude, Ausgestaltung der Krankenräume, ausgedehnte Anwendung von Veranden und Balkonen, den wichtigsten und dringendsten Forderungen gerecht geworden, doch ist unschwer in den Erfolgen, in der Tatsache der immer von neuem aufgetauchten Verbesserungsvorschläge, in der zunehmenden Einbeziehung der sorgsam ausgesuchten Plätze an der Peripherie der großen Städte und der Zunahme der die so gewonnenen Faktoren illusorisch machenden Industrie zu erkennen, daß die seitherigen Mittel auch bei idealer Ausgestaltung nicht ausreichen können.

Die Versuche, die klimatischen Faktoren auch auf die allgemeinen Krankenhäuser nutzbringend zu übertragen, haben schon früher den Plan auftauchen lassen, die Krankenhäuser vor die Städte in allen Anforderungen entsprechende Plätze zu verlegen und hier nach dem Muster der ländlichen Heilanstalten auszubauen. Meines Wissens hat zuerst Lejeune für die Neugestaltung des Hôtel-Dieu in Paris, das Schmerzenskind seiner Zeit, im Jahre 1748 zur Entfernung von der Stadt geraten. Der Vorschlag wurde damals, weil unpraktisch, abgelehnt. Es wurde geltend gemacht, daß in der Stadt die Verwaltung das Krankenhaus unter ihren Augen habe, daß milde Gaben wegfallen würden, wenn das Krankenhaus nicht mehr unter den Augen von ganz Paris liege und jederzeit „Gegenstand der aufgemunterten Nächstenliebe“ sei, der Transport außerordentlich erschwert sei, und der Andrang von nur Leichtkranken, wenn das Krankenhaus wie ein Landhaus gebaut sei, zu groß werden würde.[1]) Petit[2]) griff den Gedanken dennoch wieder auf; er schlug vor, nur solche Kranke in der Stadt zu lassen, die nicht transportfähig seien, alle übrigen dagegen in den eigentlichen außerhalb gelegenen Krankenhäusern unterzubringen. Wie sein Plan

---

[1]) Kuhn, l. c. S. 59.

[2]) Petit, A., Mém. sur la meilleure manière de constr. un hôpital de malades, Paris 1774.

aufgenommen wurde, weiß ich nicht. Von einer Verwirklichung habe ich nichts erfahren können. Tatsache ist aber, daß die Idee nicht wieder fallen gelassen wurde; denn 1864 beschloß die Société de Chirurgie zu Paris wieder, daß man, weil die Atmosphäre eines Hospitales um so reiner sei, je entfernter es von großen Volksansammlungen liege, die Hospitäler im Mittelpunkte der Städte nur auf die dringlichsten Fälle beschränken solle, sowie auf die zum Unterrichte benötigten Kranken. Diese Maßregel der Salubrität. die zugleich eine solche der Ökonomie sei, so hieß es, gestatte den großen Städten, wie Paris, ihre Hospitäler auf ausgedehnten, wenig kostspieligen Grundstücken zu errichten.[1]) Von Tenon rührt ein ähnlicher Vorschlag her, und 1832 wurden von Gau Projekte ausgearbeitet, die beim Neubau des Hôtel-Dieu in Paris die Idee in die Praxis umsetzen sollten.[2]) Auch in dem Entwurf von Felix war die Anlage von bloßen Konsultationssälen in der Stadt, Ambulanzenverbindung derselben mit den eigentlichen Krankenanstalten. die draußen vor der Stadt in gärtnerischer Umgebung anzulegen seien, sowie gleichzeitige, davon unabhängige Errichtung von Rekonvaleszentenasylen, vorgesehen. Diese Pläne mußten scheitern. da die schlechte Ausbildung des Transportwesens notwendig die Beförderung Schwerkranker mit großen Schäden für deren Gesundheit verband. Dies ist m. E. der einzige Grund, denn die übrigen geltend gemachten Bedenken, die z. T. oben schon Erwähnung fanden, haben sich, wie die Geschichte der deutschen Heilstättenbewegung lehrt, als sehr wenig stichhaltig erwiesen. Aber sind diese Schwierigkeiten noch heute vorhanden? Ich glaube nicht. Gerade in letzter Zeit hat unser städtisches Krankentransportwesen, die großen Fortschritte der Technik begleitend, eine solche Vervollkommnung erfahren, daß auch für die weitesten Transporte keinerlei Nachteil den Kranken erwachsen kann. So scheint der Zeitpunkt gekommen, die früheren Ideen wieder aufzugreifen und sich nicht bei der notwendig werdenden Errichtung neuer Krankenbauten an die Peripherie der Städte zu halten, wie es in Hamburg. Nürnberg und Berlin geschehen ist. Dort fehlen alle Bedingungen. die aus guten Gründen, nach dem heutigen Stande unseres ärztlichen Wissens und der Erfahrung von Jahrhunderten und besonders der jüngsten Zeit an die Güte eines Krankenhausplatzes

---

[1]) Kuhn, l. c. S. 179.

[2]) Gruber, Fr., Neuere Krankenhäuser. Wien 1879, S. 11.

gestellt werden müssen.[1]) Die Krankenhäuser gehören weiter weg, in Gegenden, welche, dem Einfluß der Schäden großer Volksansammlungen entzogen, in waldiger Umgebung, womöglich in erhöhter Lage, den Strömungen der Luft frei ausgesetzt, jedoch in jeder Hinsicht geschützt, die günstigeren Heilerfolge der Sanatorien und übrigen Heilstätten dem allgemeinen Krankenhause in seinem ganzen Umfange zugute kommen lassen. Die unumgänglichen Mehrkosten, die der Transport, der Bahnbau, die dann selbstverständlich sorgfältigste Ausbildung, Überwachung und Anpassung an die gegebenen Verhältnisse erfordern, sowie die Weiterentwicklung der über die Stadt verteilten Stationen für die erste Hilfe, die allein die Aufnahme zu vermitteln hätten, notwendig machen, werden durch die billigere Erwerbung der neuen Gelände, die Möglichkeit eventuell später bequem Vergrößerungen vorzunehmen, die Ersparung der nachherigen Umlegung der Kranken in gesonderte Genesungshäuser, und hauptsächlich die therapeutischen Mehrerfolge reichlich gedeckt. Machen wir uns doch klar, was heute die Therapie bedeutet! Weder ist heute das Krankenhaus mehr das Material für die diagnostische Kunst der Ärzte, noch ein Heim aus ethischen Rücksichten Linderung von Schmerz und körperlichen Schäden verlangender Kranken, sondern im wesentlichen eine Einrichtung zur möglichst schnellen und guten Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, wie sie von ökonomischen Grundsätzen als Konsequenz der neuzeitlichen Ausgestaltung unserer sozialen Anschauungen und des Fortschrittes des Versicherungswesens diktiert wird. In der Tat ist dieser Umschwung an der Medizin deutlich erkennbar, es sei nur an die Therapie der Chirurgen, besonders die Orthopädie erinnert. Die innere Medizin hat ohne Zweifel sich den neuen Anforderungen am wenigsten gewachsen gezeigt; denn weshalb sind die zahlreichen Heilstätten für die Lungenkranken, die Nervenkranken unter der besonderen Mitarbeit der Versicherungsanstalten abgetrennt worden — doch nur, weil in den allgemeinen Krankenhäusern die Bedingungen, welche die heutige Therapie verlangt, fehlen. Die Zersplitterung wird noch weitergehen, jedenfalls zum Schaden der inneren Medizin, und die Nachteile mit sich

---

[1]) „Unsere öffentliche Krankenpflege entspricht weder den Anforderungen einer wohlverstandenen psychischen Behandlung, welcher der Ärmere genau so zugänglich ist, als der Wohlsituierte, noch den Anforderungen der modernen physikalischen Therapie.“ H. von Ziemssen, Ländl. Sanat. f. d. öff. Krankenpflege. Samml. klin. Vortr. I, 8. 28. Vortr. Leipzig 1900, S. 4.

ziehen, auf die in jüngster Zeit Fr. Schultze[1]) in überzeugender Weise hingewiesen hat. So ergibt sich konsequenterweise die Forderung, dem Verlangen nach einer gesunden Ausgestaltung der allgemeinen Krankenhäuser jetzt schon, wo die Technik alle Mittel dazu an die Hand gibt, Rechnung zu tragen und dadurch beizeiten den Zusammenhang wiederzugewinnen. Mit der größeren Bedeutung des Endzweckes der Krankenhäuser wachsen naturgemäß und billigerweise die Anforderungen, welche Bau und Unterhaltung stellen. Ein Krankenhaus muß aber, wenn es vom Staate oder der Stadt organisiert wird, wirklich in vollendeter Weise seinen Zweck erfüllen, da es sonst rechnerisch einen Fehler bedeutet. Dies letztere zu vermeiden durch Herstellung von gerade nur für ihren besonderen Zweck eingerichteten und größtmögliche Erfolge deshalb garantierenden Wohlfahrtsanstalten ist aber mit Recht jetzt Prinzip vieler städtischen Verwaltungen geworden.

[1]) Schultze, Fr., Neuropathologie und innere Medizin, Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 1301.

Die Gründung einer Gesellschaft für Arbeiterversicherung.

Von Stadtrat H. von Frankenberg, Braunschweig.

Vor kurzem ist von mir im „Reformblatt für Arbeiterversicherung"[1]) ein Vorschlag gemacht, an den sich alsbald eine lebhafte Erörterung in der Fachpresse, in Vereinen und Versammlungen geschlossen hat. Es handelt sich darum, die verschiedenen Gruppen, die sich heute mit Fragen der Arbeiterversicherung aus Standes-, Berufs- oder sonstigem Interesse beschäftigen, einander näher zu bringen und ihnen Gelegenheit zu ruhigem, sachlichem Meinungsaustausche zu geben, während es gegenwärtig meistens an der Möglichkeit zu wiederkehrenden, der Gesamtheit dienenden Erörterungen dieser Art fehlt. Ich habe deshalb empfohlen, eine Gesellschaft für Arbeiterversicherung ins Leben zu rufen. Ursprünglich ging ich dabei von dem Gedanken aus, daß bei der in allen Kulturländern fortschreitenden sozialen Fürsorge der Wirkungskreis der Gesellschaft entsprechend weit abzustecken, daß ihr also ein internationales Tätigkeitsfeld zu erschließen sei. Je mehr Anklang aber in Deutschland selbst die Idee der Schaffung einer solchen Gesellschaft fand, desto mehr habe ich mich davon überzeugt, wieviel unter Beschränkung auf das Reichsgebiet für die neue Veranstaltung zu tun sein wird, und wie unzweckmäßig es wäre, statt der entschiedenen, zielbewußten Förderung des Nächstliegenden einem entfernten, in seiner Verwirklichung kaum zu übersehenden Ideale nachzustreben: mit anderen Worten, aus der internationalen ist eine nationale, eine deutsche Gesellschaft für Arbeiterversicherung geworden, deren Aufbau im Laufe der nächsten

---

[1]) Nr. 15 des 1. Jahrgangs S. 169 ff.

Monate in den einzelnen Teilen unseres Vaterlandes in Angriff genommen werden soll. Die Angliederung an das internationale „comité permanent des accidents de travail et des assurances sociales“, das bekanntlich von Paris aus seine Verbindungen nach allen Staaten hin angeknüpft hat, wird selbstverständlich ins Auge zu fassen sein. Es ergibt sich indes aus der inzwischen am 6. Februar d. J. im Reichstage erfolgten Ankündigung des Grafen Dr. von Posadowsky, nach welcher gegen Ende des Jahres 1907 im Reichsamte des Innern der Entwurf eines Gesetzes betreffs der einheitlicheren Gestaltung der Kranken-, der Unfall- und der Invalidenversicherung zu erwarten ist, für alle Freunde der Arbeiterversicherung die Pflicht, beizeiten zu der Reformfrage Stellung zu nehmen. Dabei kann man natürlich nach der leidigen Gewohnheit verfahren, daß jede Gruppe getrennt für sich vorgeht, um möglichst viel, was sie von ihrem Standpunkte aus als wertvoll und unentbehrlich ansieht, aus dem Verschmelzungsprozeß heraus zu retten, auf die Gefahr hin, daß dadurch die ganze Frage der Umgestaltung verneint oder erst in weit späterer Zeit beantwortet wird. Es wäre sehr zu bedauern, wenn diese Art der Geschäftsbehandlung ausschließlich maßgebend wäre. Auf den Plan sind selbstverständlich schon die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Vorstände der Landesversicherungsanstalten und die Ärzte getreten; das ist ja ihr gutes Recht, und es liegt mir fern, durch die Befürwortung der Gesellschaft sie daran hindern zu wollen. Wohl aber halte ich es für wichtig, neben diese einzelnen Gruppen eine Vereinigung zu stellen, in der die Vertreter aller der mannigfachen Sonderwünsche Sitz und Stimme haben, und im Schoße der so zusammengesetzten Körperschaft eine Verständigung über gewisse Hauptpunkte anzubahnen, die bei der Reform Berücksichtigung verdienen, beispielsweise über die Abgrenzung des Kreises der versicherungspflichtigen und -berechtigten Personen, über die Art der Beitragserhebung, über das Verfahren bei der Geltendmachung, Prüfung und Erledigung von Ansprüchen, über die zweckmäßigste Methode der Zuziehung ärztlicher Sachverständiger zur Begutachtung derartiger Ansprüche und der übrigen versicherungsrechtlichen Fragen (Verhütung von Unfällen und allmählich entstehenden, durch den Betrieb beeinflußten sog. Gewerbekrankheiten usw.). Es ist bei der Eigenart der menschlichen Naturen nicht anzunehmen, daß Einstimmigkeit der Anschauungen über alle die aufgeführten Streitpunkte erzielt werden wird — die Quadratur des Zirkels wird auch die neue Gesellschaft nicht

zu lösen imstande sein, es erscheint indes gewiß nicht zu kühn, wenn man damit rechnet, daß eine Reihe von Mißverständnissen und Spannungen, die zwischen dieser und jener Gruppe der Beteiligten bestehen, durch das Zusammentreffen auf dem neutralen Boden aus dem Wege geräumt werden können. Solange dieser neutrale Boden nicht geschaffen ist, trägt begreiflicherweise jede Partei Bedenken, der anderen entgegenzukommen, sie fürchtet, es werde ihr ein derartiger Schritt als Schwäche, als falsche Nachgiebigkeit ausgelegt werden, und während es leicht wäre, bei einigem guten Willen in gemeinsamer Arbeit etwas Ersprießliches zustande zu bringen, scheitert jetzt mancher Plan an der Unmöglichkeit, einen ehrenvollen modus vivendi zwischen den Parteien herzustellen. Ist aber erst der Bann gebrochen, und hat man durch die Gelegenheit, in den Verhandlungen der Gesellschaft sich ohne Schärfe, doch auch ohne Scheu gegenseitig auszusprechen, einen Mittelpunkt für die Erörterung versicherungsrechtlicher Fragen gewonnen, dann wird nicht nur dem Reformwerk, sondern überhaupt jeder Verbesserung, die auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung möglich ist, die Bahn frei gemacht sein. Nichts ist besser dazu geeignet, die Achtung vor dem ehrlichen Gegner zu haben und zu unterstützen, als das Zusammenarbeiten mit ihm an gemeinsamen Aufgaben. Das hat die Tätigkeit der paritätischen Kommissionen, Ausschüsse, Schiedsgerichte und Gewerbegerichte in den verflossenen Jahren genügsam bewiesen, und derselbe gute Erfolg wird sich bei den Beratungen der Gesellschaft alsbald zeigen.

Das Vorgehen betreffs der Gründung der Vereinigung ist so geplant, daß zunächst in einer möglichst großen Zahl von Städten Ortsgruppen der Gesellschaft für Arbeiterversicherung ins Leben gerufen werden sollen, damit man auf diese Weise den Unterbau für eine das ganze Reich umfassende, auf Wanderversammlungen alljährlich tagende Körperschaft gewinnt. In erster Reihe kommen diejenigen Städte in Betracht, in welcher Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung bestehen: durch die Persönlichkeit des Schiedsgerichtsvorsitzenden kann Fühlung mit den beteiligten Beisitzern aus den Arbeitgeber- und den Arbeiterkreisen genommen werden, die Vertrauensärzte des Schiedsgerichts werden gleichfalls der Angelegenheit Interesse entgegenbringen, da sie durch ihre berufliche Tätigkeit einen Einblick in die Mängel und Lücken der Fürsorgegesetzgebung erhalten, und aus den Kreisen der Verwaltungsbehörden, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, der Ärzte und Richter ist manche wertvolle

Anregung für die Verhandlungen der Gesellschaft zu erhoffen. Die Satzungen der Ortsgruppen brauchen nicht notwendig miteinander in genauer Übereinstimmung zu stehen. Die Frage des Stimmrechts der Körperschaften, die als solche der Vereinigung beigetreten sind, ist so eigenartig, daß eine schablonenmäßige Beantwortung wohl kaum durchführbar ist. Wenn nun auch durch die Aufstellung von Musterstatuten darauf hingewirkt werden kann, daß eine gewisse Gleichmäßigkeit in den grundlegenden Bestimmungen beobachtet wird, so ist nicht einzusehen, welcher Nachteil aus etwaigen Abweichungen sich ergeben sollte. Die Fassung rechtsverbindlicher Beschlüsse der Gesamtvertretung innerhalb des Reiches ist nicht so wesentlich, als die Schaffung von fortdauernden örtlichen Stellen, die den Verkehr und den Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Interessenten vermitteln. Es gibt wenige Städte, in denen bisher schon etwas Ähnliches vorhanden war, und deshalb ist es sehr begreiflich, daß der Vorschlag soviel Zustimmung gefunden hat. Möge es gelingen, den Gedanken bald in die Tat umzusetzen, zum Nutzen aller derer, denen die Arbeiterversicherung gilt, zum Segen aber auch für diejenigen, welche dazu berufen sind, als Beamte, als Sachverständige oder als ehrenamtliche Vertreter bei der Durchführung des Fürsorgewerkes mitzuwirken!

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Fortsetzung.)

Zunächst möge im folgenden der Wortlaut des Reichsseuchengesetzes wiedergegeben werden, der für das Verständnis des preußischen Gesetzes unerläßlich ist:

Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Vom 30. Juni 1900.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc.

verordnen im Namen des Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesrats und des Reichstags, was folgt:

Anzeigepflicht.

§ 1.

Jede Erkrankung und jeder Todesfall an

Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern),

sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 2.

Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,

4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3.

Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen. ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrat ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 4.

Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5.

Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluß des Bundesrats können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

Ermittelung der Krankheit.

§ 6.

Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 7.

Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen.

Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 8.

Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

§ 9.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweite Verfügung getroffen wird.

§ 10.

Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Schutzmaßregeln.

§ 11.

Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12.

Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

§ 13.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

§ 14.

Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheit geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

§ 15.

Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen: die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind.
2. Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschließen,
3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken,
4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen,
5. den Schiffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 16.

Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmaßregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

§ 17.

In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

§ 18.

Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

§ 19.

Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 20.

Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

§ 21.

Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

§ 22.

Die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, werden vom Bundesrat erlassen.

§ 23.

Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

§ 24.

Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,

2. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen,

verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Überwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

§ 25.

Wenn eine gemeingefährliche Krankheit im Auslande oder im Küstengebiete des Reichs ausgebrochen ist, so bestimmt der Reichskanzler oder für das Gebiet des zunächst bedrohten Bundesstaats im Einvernehmen mit dem Reichskanzler die Landesregierung, wann und in welchem Umfange die gemäß § 24 Abs. 2 erlassenen Vorschriften in Vollzug zu setzen sind.

§ 26.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

§ 27.

Der Bundesrat ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

Entschädigungen.

§ 28.

Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zugrunde zu legen ist.

Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet.

§ 29.

Für Gegenstände, welche infolge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren.

§ 30.

Als Entschädigung soll der gemeine Wert des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Wertes, welche sich aus der Annahme ergibt, daß der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder teilweise vernichtet, so ist der verbleibende Wert auf die Entschädigung anzurechnen.

§ 31.

Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit der Desinfektion befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29.

§ 32.

Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt:

1. für Gegenstände, welche im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden;
2. für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des § 15 Nr. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind.

§ 33.

Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg:

1. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren;
2. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat.

§ 34.

Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im übrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

Allgemeine Vorschriften.

§ 35.

Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

§ 36.

Beamtete Ärzte im Sinne dieses Gesetzes sind Ärzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

An Stelle der beamteten Ärzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Ärzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrags gelten die letzteren als beamtete Ärzte

und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Ärzten übertragen sind.

§ 37.

Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob.

Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

Die Kosten der auf Grund des § 6 angestellten behördlichen Ermittlungen, der Beobachtung in den Fällen des § 12, ferner auf Antrag die Kosten der auf Grund des § 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der auf Grund des § 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Die Landesregierungen bestimmen, welche Körperschaften unter der Bezeichnung Gemeinde, weiterer Kommunalverband und kommunale Körperschaft zu verstehen sind.

§ 38.

Die Behörden der Bundesstaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

§ 39.

Die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemieteten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Auf Truppenübungen finden die nach diesem Gesetze zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

Der Bundesrat hat darüber Bestimmung zu treffen, inwieweit von dem Auftreten des Verdachts und von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit sowie von dem Verlauf und dem Erlöschen der Krankheit sich die Militär- und Polizeibehörden gegenseitig in Kenntnis zu setzen haben.

§ 40.

Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob.

Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen

1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden,

2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend außerhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schiffahrtsbetriebe

Anwendung finden, bestimmt der Bundesrat.

§ 41.

Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

§ 42.

Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrat ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mitteilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

§ 43.

In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichs-Gesundheitsrat gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrate gewählt.

Der Reichs-Gesundheitsrat hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Strafvorschriften.

§ 44.

Mit Gefängnis bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrate beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden.

§ 45.

Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrate beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als vierundzwanzig Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Tatsache Kenntnis erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer den Bestimmungen im § 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 46.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5, der §§ 15, 17, 19 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer den auf Grund der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.

Schlußbestimmungen.

§ 47.

Die vom Bundesrate zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen allgemeinen Bestimmungen sind dem Reichstage zur Kenntnis mitzuteilen.

§ 48.

Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

§ 49.

Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündigung in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insiegel.

Gegeben Travemünde, den 30. Juni 1900.

(L. S.) Wilhelm.

Graf von Posadowsky.

Behufs Bekämpfung der Pest waren schon zu der Zeit, als diese Seuche auch Deutschland bedrohte, vorläufige Ausführungs-

bestimmungen zu dem Reichsgesetze durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. Oktober 1900 veröffentlicht worden.

Gemäß § 22 des Reichsgesetzes sind nun vom Bundesrat unter dem 28. Januar 1904 zu diesem Gesetz Ausführungsbestimmungen erlassen worden, jedoch zunächst nur als Anweisungen für die Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, der Pocken und des Flecktyphus, während eine solche für die Bekämpfung des Gelbfiebers, einer exotischen Krankheit, die im ganzen für Deutschland wenig in Betracht kommen dürfte, noch nicht erlassen ist.

Zur Durchführung dieser für die einzelnen Seuchen erlassenen Anweisungen sind von dem preußischen Minister der Medizinalangelegenheiten im Einverständnis mit den sonst beteiligten Ministern besondere Ausführungsvorschriften erlassen worden, und zwar für die Pest schon unter dem 26. November 1902, für die 4 unteren oben genannten Seuchen unter dem 12. September 1904.

Diese Anweisungen des Bundesrats nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsbestimmungen sind auf Veranlassung des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten für die einzelnen Krankheiten als Heftchen in überaus übersichtlicher Weise zusammengestellt und mit Register versehen worden.[1])

Der Inhalt der Heftchen erstreckt sich auf alle zu treffenden Maßnahmen bei dem Herannahen und dem Auftreten der betreffenden Seuchen und bildet einen sicheren Führer für das Handeln und Verfahren der Behörden und beamteten Ärzte.

Wir kämen nun zur eigentlichen Besprechung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905.

Der Aufbau und die Einteilung des Gesetzes sind der des Reichsseuchengesetzes nachgebildet. Zu den einzelnen Abschnitten des letzteren über die Anzeigepflicht, die Ermittelung der Krankheit, die Schutzmaßregeln, die Entschädigungen, die allgemeinen Vorschriften, die Strafvorschriften und die Schlußbestimmungen treten nur noch zwei weitere über Verfahren und Behörden und über die Kosten hinzu.

Das Gesetz enthält für die Ärzte nicht nur Verpflichtungen, indem es ihnen die Anzeigepflicht bei einer Reihe von übertragbaren Krankheiten auferlegt, sondern es nimmt im Gegensatz zu dem Reichsseuchengesetz auch wesentlich ihre Mitwirkung in Anspruch. So bedarf der beamtete Arzt, falls er zur Vornahme der Ermittelungen den Kranken selbst besuchen will, der Einwilligung

---

[1]) Verlag von Richard Schoetz. Berlin, 1905.

des behandelnden Arztes, er bedarf auch teilweise der Zustimmung des behandelnden Arztes, wenn die zwangsweise Überführung eines Kranken in ein Krankenhaus angeordnet werden soll.

Bei einzelnen Krankheiten kann ferner die Polizeibehörde auch jeden Arzt mit der Vornahme von Ermittelungen betrauen, so daß auch hier die Ärzte in die Lage kommen, die Gesundheitsbehörde wirksam zu unterstützen.

Haben zunächst demnach die Ärzte ein besonderes Interesse an dem Gesetze, so enthält es doch auch für alle Kreise der Bevölkerung wichtige und teilweise einschneidende Bestimmungen, so über die Anzeigepflicht, über die Absonderung des Kranken, welche in einzelnen Fällen sogar durch seine Unterbringung in ein Krankenhaus zu geschehen hat, über die Zulässigkeit der amtlichen Beobachtung des Kranken, über die Ausführung der Desinfektionen, dann auch über Entschädigungsansprüche. Seinem Charakter als Ausführungsgesetz zu dem Reichsseuchengesetz entsprechend sind ferner viele seiner Bestimmungen für die Polizeibehörden sowie die Gemeindeverwaltungen überaus wichtig, da es nicht nur die von den ersteren zu treffenden Maßnahmen festsetzt, sondern auch die Kostenfrage regelt. Dem Zweck dieser Abhandlung entspricht es indessen nicht, die nur für die Behörden wichtigen Bestimmungen einer eingehenden Besprechung zu unterziehen, diese können vielmehr nur in einzelnen Fällen, wo es zu ihrem allgemeinen Verständnis notwendig erscheint, näher berührt werden.

Dagegen sollen alle Bestimmungen, welche allgemeines Interesse, besonders aber das der ärztlichen Welt beanspruchen, eingehend erörtert werden.

Im folgenden werden nun nach der wörtlichen Wiedergabe eines jeden einzelnen Abschnittes des Gesetzes nebst den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen gleich die dazu nötigen Erläuterungen gegeben werden, da dieses Verfahren am besten die Übersichtlichkeit wahren dürfte.

Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vom 28. Aug. 1905.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preußen etc. verordnen mit Zustimmung beider Häuser des Landtags Unserer Monarchie für den Umfang derselben, was folgt:

Auf Grund des § 38 Abs. 3 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 erlasse ich zu diesem Gesetze im Einvernehmen mit den Herren Ministern der Finanzen, des Innern und für Handel und Gewerbe unter dem Vorbehalte demnächstiger weiterer Vorschriften die nachstehenden Ausführungsbestimmungen:

Erster Abschnitt.

Anzeigepflicht.

§ 1.

Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 306ff.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken Blattern) — ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an:

Diphtherie (Rachenbräune),
Genickstarre, übertragbarer.
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
Rückfallfieber (Febris recurrens),
Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
Scharlach (Scharlachfieber),
Typhus (Unterleibstyphus),
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsorts, auch bei derjenigen des neuen Aufenthaltsorts, zur Anzeige zu bringen.

In Gemäßheit der Bestimmung des Abs. 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen.

Zu § 1.

Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich sowohl auf Todesfälle an Lungen- als auch auf solche an Kehlkopftuberkulose.

§ 2.

Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

Zu § 2.

Unter den **mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Personen** (Abs. 1 Nr. 3) sind nur solche Personen zu verstehen, welche die Behandlung oder Pflege Erkrankter berufsmäßig ausüben.

§ 3.

Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

Zu § 3.

Bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Seeschiffen vorkommen, ist die Anzeige an die Polizeibehörde des ersten preußischen Hafenplatzes, welchen das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft, zu erstatten.

Für Binnenschiffe und Flöße ist die Anzeige an die Polizeibehörde der nächstgelegenen Anlagestelle zu richten. Sind jedoch an der betreffenden Wasserstraße Überwachungsstellen zur gesundheitlichen Überwachung des Schiffahrts- und Flößereiverkehrs eingerichtet, so ist die Anzeige an die nächstgelegene Überwachungsstelle zu richten.

§ 4.

Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

Zu § 4.

Zur Erleichterung der Anzeigeerstattung empfiehlt sich die Benutzung von Kartenbriefen, welche auf der Innenseite den aus der Anlage 1 ersichtlichen Vordruck aufweisen. Es ist Sorge dafür zu tragen, daß aus ihrer Benutzung den Anzeigepflichtigen Kosten nicht erwachsen.

Anlage 1.

Im Interesse der Kostenersparnis

haben die Regierungspräsidenten den Bedarf an diesen Kartenbriefen für ihren Bezirk einheitlich herstellen zu lassen und an die Ortspolizeibehörden gegen Erstattung der Selbstkosten abzugeben. Die Kosten fallen als ortspolizeiliche demjenigen zur Last, welcher nach dem bestehenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat.

Die Kartenbriefe sind seitens der Polizeibehörde im voraus mit dem Abdruck des Dienstsiegels oder Dienststempels sowie tunlichst mit der Adresse des Empfängers zu versehen und an die zur Anzeige verpflichteten Personen unentgeltlich zu verabfolgen. Geschieht die Verabfolgung an Ärzte oder ärztliches Hilfspersonal oder zum Zweck der Beförderung im Fernverkehr, so sind die Kartenbriefe außerdem mit dem Aversionierungsvermerk zu versehen.

Die Kartenbriefe werden nach der Ausfüllung im Fernverkehr unfrankiert befördert. Die Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal sind berechtigt, die mit dem Aversionierungsvermerke versehenen Kartenbriefe auch im Ortsverkehr durch die Post befördern zu lassen.

Auf Grund der erstatteten Anzeige haben die Polizeibehörden für jede der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten eine besondere Liste nach dem beigefügten Muster (Anlage 2) fortlaufend zu führen.

Anlage 2.

Sobald in einer Ortschaft oder in einem Bezirk eine der in dem § 1 genannten übertragbaren Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt, wird es sich empfehlen, daß der Regierungspräsident durch öffentliche Bekanntmachungen die gesetzliche Anzeigepflicht für diese Krankheit in Erinnerung bringen und die Bevölkerung in geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit belehren

läßt. Jedoch ist eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung tunlichst zu vermeiden.

Wegen der Abfassung zur Verteilung an die Bevölkerung geeigneter gemeinverständlicher Belehrungen über die einzelnen übertragbaren Krankheiten behalte ich mir einstweilen weitere Anordnung vor.

Es wird sich empfehlen, die Bekanntmachungen während der Dauer der Epidemie von acht zu acht Tagen zu wiederholen.

§ 5.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in den §§ 1 bis 4 des gegenwärtigen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Zu §§ 5, 7 und 11.

Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem epidemischen Ausbruch einer der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten tunlichst bald Kenntnis erhalten. Nach erlangter Kenntnis haben sie unverzüglich an den Minister der Medizinalangelegenheiten über Umfang und Charakter der Epidemie zu berichten. Dabei haben sie sich, sofern die Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, zugleich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit es sich empfiehlt, von den in den §§ 5, 7 und 11 enthaltenen Ermächtigungen des Staatsministeriums Gebrauch zu machen.

Der ganze erste Abschnitt des Gesetzes handelt von der Anzeigepflicht.

Da die Bestimmungen der einzelnen Paragraphen des Abschnittes sich einander ergänzen und aufeinander Bezug nehmen, empfiehlt es sich den Abschnitt auch im ganzen zu behandeln.

In § 1 werden sowohl die Krankheiten, für welche das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900, als auch die Krankheiten, für welche das vorliegende preußische Gesetz die Anzeigepflicht vorschreibt, namhaft gemacht.

Ein Vergleich mit den im Regulativ vom 8. August 1835 angeführten Krankheiten ergibt, daß eine Anzahl dieser Krankheiten in das preußische Gesetz keine Aufnahme gefunden haben. Selbstverständlich konnten Krätze, bösartiger Kopfgrind, Gicht und

Weichselzopf nicht mehr aufgenommen werden, ebenso lag auch keine Veranlassung vor, Krebs unter die Infektionskrankheiten zu rechnen. Es fehlen aber auch Masern, Röteln und Syphilis. Wenn man die Masern von der Anzeigepflicht ausgenommen hat, so werden die Ärzte dieses gewiß am wenigsten bedauern. Zu Zeiten von Masernepidemien hatten sie bisher oft zahlreiche Anzeigen zu erstatten, ohne daß sich doch aus der Anzeige ein wirklicher Nutzen für die Bekämpfung der Epidemie ergab. Die Röteln konnten ferner wegen ihres im allgemeinen gutartigen Verlaufes ausgeschieden werden. Die Syphilis und die anderen Geschlechtskrankheiten in irgend einer Weise anzeigepflichtig zu machen, stieß auf große Bedenken, deren am meisten ausschlaggebendes wohl das war, daß man glaubte, es würde durch die Anzeigepflicht gerade das Gegenteil von dem erreicht werden, was man erreichen wollte, d. h. es würden dann geschlechtskranke Personen, namentlich Soldaten, ihr Leiden verheimlichen, statt sich an einen Arzt zu wenden, falls dieser die Verpflichtung hätte, Anzeige von dem Fall zu erstatten.

Auf der anderen Seite haben unter die anzuzeigenden Krankheiten aber Diphtherie, Genickstarre und Unterleibstyphus Aufnahme gefunden, Krankheiten, welche das Regulativ nicht kannte, ferner sind außer Tollwut bei Menschen auch solche Fälle anzuzeigen, in denen Menschen durch tollwutkranke oder der Tollwut verdächtige Tiere gebissen sind, sodann auch Fälle von Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung sowie von Trichinose. In letzteren beiden Fällen ist die Anzeige von großer Wichtigkeit für die Behörde, da sie daraufhin sofort Ermittelungen anstellen und die verdächtigen Nahrungsmittel mit Beschlag zu belegen in der Lage ist.

Bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose hatte der im Jahre 1903 dem Abgeordnetenhause zugegangene Gesetzentwurf der Staatsregierung die Anzeigepflicht außer bei allen Todesfällen auch bei Erkrankungen für den Fall vorgesehen, daß der Kranke die Wohnung wechselte.

Aus humanitären Rücksichten für die Kranken lehnte indessen das Abgeordnetenhaus die Annahme der letzteren Bestimmung ab, die auch in dem Gesetz fehlt, nach welchem nunmehr nur Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen sind.

Mit Bezug auf die Tuberkulosebekämpfung ist es ja gewiß bedauerlich, daß der Wohnungswechsel eines Schwerkranken nicht anzuzeigen ist, doch ist zu hoffen, daß die immer mehr zunehmende private Fürsorge für die Tuberkulösen, wie sie durch die Dispensaires

und besonders die Fürsorgestellen ausgeübt wird, auch den Gefahren Rechnung tragen wird, welche durch den Wohnungswechsel eines an Lungen- und Kehlkopftuberkulose Leidenden für das Gemeinwohl erwächst, und Mittel und Wege finde, ihr entgegen zu treten.

Nicht Aufnahme unter die anzuzeigenden übertragbaren Krankheiten fanden aus verschiedenen Gründen Influenza, Keuchhusten, Schälblasen der Neugeborenen und Malaria, ferner von den auf den Menschen übertragbaren Tierkrankheiten Maul- und Klauenseuche.

Zwischen dem Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 und dem vorliegenden preußischen Gesetz bestehen mit Bezug auf die Bestimmungen über die Anzeigepflicht zwei wesentliche Unterschiede:

a) bei dem Reichsseuchengesetz ist nicht nur jede Erkrankung und jeder Todesfall an einer der dort genannten Krankheiten anzuzeigen, sondern auch jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Erkrankungen erweckt, ferner hat die Anzeige unverzüglich zu erfolgen;

b) bei dem preußischen Gesetz ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an einer der dort genannten Krankheiten, bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose auch nur jeder Todesfall anzuzeigen, dagegen die Meldepflicht für nur verdächtige Fälle nicht vorgeschrieben; die Anzeige aber hat innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis zu erfolgen.

Anzeige vom Arzt zu erstatten.

Zu dieser Anzeige ist nach § 2 stets der zugezogene Arzt verpflichtet. Die Anzeige hat bei der zuständigen Polizeibehörde zu erfolgen.

Der Zweck dieser bisher erörterten Bestimmungen über die Anzeigepflicht ist naturgemäß der, daß die Polizeibehörde auf dem schnellsten Wege Kenntnis von dem betreffenden Fall erhält, um ihre Maßregeln treffen zu können.

Frist für Erstattung der Anzeige

Die Bestimmung des Reichsgesetzes, die Anzeige habe unverzüglich zu erfolgen, soll nur besagen, daß der zur Anzeige Verpflichtete keine Zeit vergehen lassen darf, die Anzeige zu erstatten, sobald ihm die Möglichkeit dazu gegeben ist.

Das preußische Gesetz betreffend die übertragbaren Krankheiten verlangt dagegen die Anzeige erst innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis.

Die Kenntnis von dem Vorliegen einer der im Gesetz genannten Krankheiten erlangt der Arzt offenbar, sobald er die Krankheit erkennt. Das wird bei einer großen Zahl von Krankheitsfällen, ich meine nur Scharlach und Diphtherie, oft sofort oder wenigstens bald der Fall sein, während es bei anderen wieder länger dauern wird, ehe der Arzt zu einer bestimmten Ansicht kommt.

Wenn er sich aber vor Augen hält, daß nur auf Grund seiner Anzeige der Gesundheitsbehörde überhaupt die Möglichkeit gegeben ist, die Krankheitsquelle aufzudecken, nach etwaigen weiteren Fällen zu forschen und die nötigen Schutzmaßregeln zu treffen, während eine Verzögerung der Anzeige das größte Unheil zur Folge haben kann, dann wird er im Bewußtsein der großen auf ihm lastenden Verantwortlichkeit sicher nicht anstehen, auch noch zweifelhafte Fälle zur Anzeige zu bringen, wenn auch hierzu eine gesetzliche Verpflichtung für ihn nicht besteht. Ganz besonders in ländlichen Verhältnissen kann sich eine frühzeitige Anzeige für das Gemeinwohl als überaus segensreich erweisen. Erfahrungsgemäß holt die ländliche Bevölkerung bei solchen inneren Leiden, welche dem Kranken nicht viele Beschwerden machen, manchmal nur einmal den Arzt und wartet dann erst ab, ob die von dem ersteren getroffenen Anordnungen die Krankheitserscheinungen beseitigen. Hält nun bei seinem Besuch der Arzt den Fall zwar für verdächtig, unterläßt aber, weil er noch zu keinem bestimmten Urteil gekommen ist, die Anzeige, so breitet sich bei der Gleichgültigkeit und Sorglosigkeit eines großen Teiles der ländlichen Bevölkerung eine übertragbare Krankheit, so besonders der Unterleibstyphus, nicht selten im Verborgenen aus, ehe die Behörde Kenntnis erhält und dann wohl vor einer nur schwer zu bewältigenden Epidemie steht.

Selbst wenn sich gelegentlich bei einer frühzeitigen Anzeige der Arzt geirrt haben sollte, wird es niemand einfallen, ihn etwa des Mangels an Erfahrung oder Wissen zu zeihen. Auch der beamtete Arzt wird nicht immer in der Lage sein, sofort ein sicheres Urteil zu gewähren, ihm werden aber durch die Behörde leichter Mittel und Wege erschlossen, den Fall zu klären, so besonders auch dadurch, daß er bakteriologische Untersuchungen vornimmt oder in den jetzt fast in allen Regierungsbezirken vorhandenen bakteriologischen Untersuchungsstellen vornehmen läßt.

In einzelnen Fällen von übertragbaren Krankheiten wird der Arzt die Kenntnis von dem Vorhandensein eines solchen Falles erst durch die Obduktion erlangen. Nach § 1 sind auch solche

Fälle anzuzeigen. Besonders dürften hier die unter § 1 genannten Kranken- und ähnliche Anstalten in Frage kommen.

Anzeige an zuständige Polizeibehörde.

Die Anzeige ist an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige Polizeibehörde zu erstatten.

Der Aufenthaltsort und der Sterbeort brauchen nicht mit dem Wohnort zusammenzufallen, es kommt häufig vor, daß jemand außerhalb des letzteren erkrankt oder stirbt.

Die mit Bezug auf die Anzeige zuständigen Polizeibehörden sind für die Städte mit königlicher Polizei die Polizeidirektionen bzw. das Polizeipräsidium, für Berlin die königliche Sanitätskommission, in den anderen Städten die städtische Polizeiverwaltung.

Auf dem Lande sind die zuständigen Polizeibehörden in den Provinzen Ost- und Westpreußen, Pommern, Schlesien, Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein die Amtsvorsteher, in der Provinz Posen die Distriktskommissare, in Hannover die Landräte, in der Rheinprovinz die Landbürgermeister, in Westfalen die Amtmänner, in Hessen-Nassau und auch in den hohenzollernschen Landen die Landbürgermeister.

Die Anzeige ist bei jeder Erkrankung und jedem Todesfall an einer im § 1 aufgeführten Krankheit zu erstatten, und zwar ist noch eine besondere Anzeige über den Todesfall zu erstatten, wenn die Erkrankung bereits angezeigt war.[1])

Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

Daß sich die Anzeigepflicht bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose auch auf solche Todesfälle zu erstrecken hat, welche nur an Lungen- oder nur an Kehlkopftuberkulose erfolgt sind, wird schon in den Ausführungsbestimmungen zu § 1 besonders betont. Verzieht eine Person, welche an einer der in § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten leidet, innerhalb ihres Wohnortes, so ist hiervon nach § 1 Abs. 2 der für diesen Wohnort zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu erstatten, verzieht sie nach außerhalb, so ist hiervon nicht nur der für den bisherigen, sondern auch der für den neuen Wohnort zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu erstatten.

Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltes.

[1]) Daß dieses tatsächlich in der Absicht des Gesetzgebers liegt, ergibt sich aus folgender Erwägung. Die Fassung des § 1 des Gesetzes vom 18. August 1905, betreffend die Anzeige jeder Erkrankung und jeden Todesfalls, ist gleichlautend mit der des § 1 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900. In den Motiven zu diesem wird aber besonders betont, daß und weshalb außer der Erkrankung auch noch der Todesfall anzuzeigen ist.

Nach dem Reichsgesetz ist nur der Wechsel des Aufenthaltsortes anzuzeigen. Es ist aber wohl kein Zweifel, daß das preußische Gesetz darüber hinausgeht und auch mit Bezug auf die im Reichsgesetz namhaft gemachten gemeingefährlichen Krankheiten für den Fall, daß der Kranke nur die Wohnung innerhalb seines Aufenthaltsortes wechselt, die Anzeige vorschreibt.

Auch mit Bezug auf Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltsortes des Kranken ist der zugezogene Arzt unter allen Umständen zur Anzeige innerhalb 24 Stunden verpflichtet, sobald er Kenntnis von dem Wechsel erlangt hat.

Diese Verpflichtung wird wohl zunächst von den Ärzten als sehr lästig empfunden werden. Doch dürfte sie einmal an den einzelnen kaum häufig herantreten. Portokosten erwachsen ihm außerdem keineswegs aus der Anzeige, da nichts im Wege steht, daß er zur Erstattung der Anzeige die ihm gemäß § 4 zur Verfügung stehenden Meldekarten benützt, welche kostenlos befördert werden müssen. Außerdem dient er gerade durch Erfüllung dieser Verpflichtung in ganz besonderem Maße dem öffentlichen Wohle, da die von ihm erstattete Anzeige den Gesundheitsbehörden die Möglichkeit gewährt, einmal die bisher von dem Kranken bewohnten Räume desinfizieren zu lassen, ehe sie wieder von anderen Personen bezogen werden, dann aber auch in seiner neuen Wohnung oder an seinem neuen Aufenthaltsort sofort die nötigen Maßnahmen zu treffen.

Daß auch die unter § 3 genannten Vorsteher der Kranken- und ähnlichen Anstalten zur Anzeige verpflichtet sind, falls ein an einer übertragbaren Krankheit Leidender die Anstalt verläßt, ist wohl sicher anzunehmen. Übernimmt ein neuer Arzt die Behandlung eines Kranken, welcher an einer der in § 1 aufgeführten Krankheiten leidet, so hat er die gleiche Verpflichtung zur Anzeige des Falles an die zuständige Polizeibehörde wie der zuerst zugezogene Arzt. Auch ein als Consiliarius zugezogener Arzt hat die Verpflichtung zur Anzeige, falls sie noch nicht erstattet ist. In der Praxis wird es indessen genügen, wenn der Consiliarius sich versichert, daß die Anzeige bereits erstattet ist, oder für den Fall, daß durch ihn erst die Krankheit als eine der Anzeigepflicht unterliegende festgestellt ist, den behandelnden Arzt zur Anzeige veranlaßt.

Anzeige durch weitere zum Kranken zugezogene Ärzte.

Nur bei denjenigen Erkrankungs- und Todesfällen, bei welchen ein Arzt nicht zugezogen war, tritt die Verpflichtung zur Anzeige für die unter Ziffer 2—5 des § 5 genannten Personen in demselben Umfange ein wie für den Arzt.

Anzeigepflicht weiterer Personen.

Die Verpflichtung einer jeden der unter 2—5 angeführten Personen tritt erst dann ein, wenn ein unter einer vorgehenden Nummer Verpflichteter nicht vorhanden ist, also 3 ist erst verpflichtet, wenn 2 fehlt, 4 erst, wenn 2 und 3 fehlen und so weiter. Ist der Haushaltungsvorstand selbst erkrankt oder gestorben und ein Arzt nicht zugezogen, so sind selbstverständlich die unter 3—5 Genannten nach ihrer Reihenfolge zur Anzeige verpflichtet. Die unter Ziffer 3 des § 2 genannten Personen sind nur dann zur Anzeige verpflichtet (s. Ausführungsbestimmungen), wenn sie a) die Behandlung, b) die Pflege berufsmäßig betreiben.

Zu a) gehören demnach alle Personen, welche, ohne ärztlich approbiert zu sein, die Behandlung eines Kranken übernommen haben.

Zu b) Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, Krankenschwestern aus Orden oder Diakonissenhäusern sowie sonstiger Herkunft, ferner auch Wochenpflegerinnen.

Unter der in § 9 Ziffer 4 genannten Person ist der wirkliche Inhaber der Wohnung zu verstehen; es kann aber auch der Hauswirt in Frage kommen, wenn z. B. eine alleinstehende im Hause wohnende Person oder ein Fremder an einem zum Hause gehörigen Orte (Hausflur, Hof, Stall u. dergl.) erkrankt oder gestorben ist.

Ist der unter Ziffer 5 genannte Leichenschauer ein Arzt, so tritt für ihn unbedingte Verpflichtung zur Anzeige ein, da er dann als der unter Ziffer 1 benannte zugezogene Arzt anzusehen ist.

Anzeigepflicht der Kranken- und ähnlichen Anstalten.

Die in § 3 Abs. 1 enthaltenen Bestimmungen betreffen nur die öffentlichen Anstalten, daraus folgt, daß für die in Privat-, Kranken-, Entbindungs- usw. Anstalten vorkommenden Fälle die in § 2 genannten Personen und zunächst der behandelnde Arzt verpflichtet sind.

Eine gleiche Verpflichtung fällt dem behandelnden Arzte zweifellos auch an denjenigen öffentlichen Kreiskrankenhäusern oder städtischen Krankenhäusern ohne weiteres zu, in welchen ein besonderer Vorsteher nicht vorhanden ist.

Für die in § 3 Abs. 1 genannten öffentlichen sowie für alle privaten Anstalten ist selbstverständlich auch in solchen Fällen von den dazu Verpflichteten Anzeige zu erstatten, in denen ein Kranker, welcher an einer gemäß § 1 der Anzeigepflicht unterliegenden übertragbaren Krankheit leidet, bereits auf Grund dieser Krankheit in die Anstalt gebracht worden ist.

Anzeige auf Schiffen.

An welche Behörde die Anzeige bei Krankheits- und Todesfällen auf Seeschiffen, sowie auf Binnenschiffen und Flößen zu

erstatten ist, wird in den Ausführungsbestimmungen zu § 3 angegeben.

Art der Anzeige.

Die Erstattung der Anzeige an die Polizeibehörde kann nach § 4 mündlich oder schriftlich geschehen. Auf welche Art sie im einzelnen Falle zu erstatten ist, hängt ganz von den Umständen ab. Befindet sich die Polizeibehörde am Ort des anzuzeigenden Falles und ist sie leicht erreichbar, so wird es zweckmäßig sein, eine mündliche Anzeige zu erstatten.

Ist dieses jedoch nicht der Fall, so wird die Anzeige zweckmäßig noch an demselben Tage schriftlich erstattet und zur Post gegeben, notwendig ist dieses bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsseuchengesetzes, da hier die Anzeige ja unverzüglich erstattet werden soll.

Meldekarten.

Die Anzeige gilt nach § 4 als erstattet, sobald sie zur Post gegeben ist. Dem Arzt sowie dem ärztlichen Hilfspersonal — zu diesem dürften hier nicht nur die sonst als solches bezeichneten Heilgehilfen und Hebammen, sondern auch die Krankenschwestern, Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen und Wochenpflegerinnen gehören — erwachsen aus einer schriftlichen Anzeige niemals Kosten, falls der die Anzeige Erstattende sich der von der Polizeibehörde zu verabfolgenden Meldekarten bedient, da für diese die Karten im Fern- und auch im Ortsverkehr frei befördert werden. Für andere zur Anzeige verpflichteten Personen werden indessen die Karten nur im Fernverkehr, nicht aber im Ortsverkehr frei befördert.

Die Meldekarten sind an die zur Anzeige verpflichteten Personen von der Polizeibehörde ihres Wohnorts erhältlich, die Ärzte werden zweckmäßig um Verabfolgung einer ihrem ungefähren Bedarf entsprechenden Anzahl von Karten ersuchen.

Meldekarten genau auszufüllen.

Damit Rückfragen und damit Belästigungen für alle Teile vermieden werden, ist der Inhalt der Karte genau zu beachten und jede einzelne Frage nach Möglichkeit zu beantworten.

Ausdehnung der Anzeigepflicht.

Durch § 5 endlich wird die Möglichkeit gewährt, die Bestimmungen über Anzeigepflicht und damit auch die weiteren Bestimmungen des Gesetzes auch unter Umständen auch andere übertragbare Krankheiten für einzelne Teile oder den ganzen Umfang des preußischen Staates auszudehnen. doch nur vorübergehend und solange diese in epidemischer Verbreitung auftreten.

(Schluß folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Wasserbruch nach Unfall (Hydrocele traumatica).[1]) T. veröffentlicht ein Gutachten, auf Grund dessen das Schiedsgericht einem Manne, bei welchem infolge Quetschung des Hodens ein Wasserbruch entstanden ist, eine Rente zuerkannt hat. Er betont dabei, daß unter den Berufsgenossenschaften auf Grund eines von Prof. Körte erstatteten Obergutachtens, nach welchem dieser in einem bestimmten Falle die Entstehung eines Wasserbruches durch Unfall für unwahrscheinlich erklärt hat, teilweise die Annahme verbreitet sei, daß ein Wasserbruch niemals Unfallfolge sein könne. Der Fall, bei welchem Körte das Obergutachten erstattet hatte, lag indessen anders; hier sollte sich jemand durch schweres Heben einen Wasserbruch zugezogen haben. Körte erklärt, daß in diesem Falle der Wasserbruch nur dann auf den Unfall zurückzuführen sei, wenn ein Blutgefäß zwischen den Scheidehäuten geplatzt wäre; dann müßte aber daselbst ein Bluterguß gewesen sein. Ein solcher fand sich indessen im Körteschen Falle nicht.

T. macht nun an der Hand seines Falles darauf aufmerksam, daß Quetschungen des Nebenhodens sehr leicht Entzündungen hervorrufen und diese wieder zu einem wäßrigen Erguß in die Scheidehäute führen. In diesen Fällen braucht also kein Bluterguß da zu sein und der Zusammenhang zwischen Verletzung und Wasserbruch besteht doch. T. weist im übrigen noch darauf hin, daß gerade die häufigste Veranlassungsursache einer Hydrocele Traumen seien, welche den Hoden betroffen haben. Diese Veranlassung sei noch häufiger als der Tripper.

In den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung (§ 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes) findet die Vorschrift des § 69 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, wonach vor der Ablehnung der Bewilligung einer Entschädigung oder der Feststellung einer Teilrente der behandelnde Arzt zu hören ist, keine Anwendung. Diesen Grundsatz hat der erweiterte Senat des Reichsversicherungsamts in einer Entscheidung vom 9. Dezember 1905[2]) mit folgender Begründung ausgesprochen:

Zunächst bietet der Wortlaut des § 69 Abs. 3 Satz I des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes keine Berechtigung zu der Auffassung, daß auch in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung der behandelnde Arzt gehört werden müßte. Das Gesetz spricht am angeführten Orte lediglich von den Fällen, in denen die Bewilligung einer Entschädigung „abgelehnt" oder nur eine „Teilrente festgestellt" werden soll. Von „Ablehnung" einer Entschädigung kann füglich nur dann gesprochen werden, wenn von Anfang an die Bewilligung der Entschädigung verweigert wird. Jede spätere Verweigerung einer Entschädigung in dem durch die §§ 88 ff. des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes geregelten Verfahren stellt nicht sowohl eine „Ablehnung" als vielmehr die „Herabsetzung" oder die „Entziehung" einer bisher geleisteten Entschädigung dar. Der Wortlaut des § 69 Abs. 3 Satz I a. a. O. zwingt mithin nicht, anzunehmen, daß seine Vorschrift sich ohne weiteres auch auf die Fälle einer anderweiten Rentenfeststellung im Sinne des § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes bezöge.

---

[1]) Erläutert nach einem Gutachten von Professor Thiem, Kottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 13. Jahrg. Nr. 3.

[2]) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 2131.

Gegen die Berechtigung zu einer ausdehnenden Auslegung des § 69 Abs. 3 Satz I a. a. O. würde weiterhin die Tatsache sprechen, daß der Antrag des Reichstagsabgeordneten Freiherrn von Stumm-Halberg, der die Veranlassung zur Aufnahme der in Rede stehenden gesetzlichen Bestimmung in das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz gegeben hat, wörtlich dahin gefaßt worden war: „Vor der Feststellung der Entschädigung ist in jedem Falle der behandelnde Arzt zu hören", daß aber gerade die Worte „in jedem Falle" keine Aufnahme in das Gesetz gefunden haben (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags 10. Legislaturperiode I. Session 1898/1900 S. 5341 und 5352).

Im übrigen ist in den Verhandlungen des Reichstags keinerlei Äußerung gefallen, die die Anhörung des behandelnden Arztes ausdrücklich auch in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung für erforderlich gehalten hätte. Offenbar hat der Antragsteller damals nur zum Ausdrucke bringen wollen, daß bei jedem Unfalle der behandelnde Arzt zu hören sei. Das ergibt sich insbesondere auch daraus, daß bei Erörterung der Garantien, die man gegenüber den Rentenminderungen der Berufsgenossenschaften zugunsten des Verletzten schaffen zu müssen glaubte, die Anhörung des behandelnden Arztes damals von keiner Seite berührt worden ist.

Es konnte sich hiernach nur noch um die Frage handeln, ob etwa aus den sonstigen Absichten des Gesetzes sich eine Handhabe für die entsprechende Anwendung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes auf das in den §§ 88 ff. desselben Gesetzes geregelte Verfahren ergibt. Aber auch diese Frage mußte verneint werden. Die Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 a. a. O. war in dem Unfallversicherungsgesetze vom 6. Juli 1884 nicht enthalten. Für ihre Aufnahme in das jetzt geltende Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 ist die Erwägung bestimmend gewesen, daß dem verletzten Arbeiter eine unbedingt unparteiische Leitung der Unfalluntersuchung gewährleistet werden müsse (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags 10. Legislaturperiode I. Session 1898/1900 S. 5341 ff.). Unter Anerkennung dieses Grundsatzes ist es in den Verhandlungen des Reichstags ausdrücklich als ein billiges Verlangen bezeichnet worden, daß der Arzt der die Behandlung des Verletzten geleitet, im Verlaufe der Unfalluntersuchung gehört werde. Gerade von dem erstbehandelnden Arzte darf für den Regelfall erwartet werden, daß ihm Gelegenheit zur Feststellung wesentlicher Tatumstände gegeben wird, die sich leicht der Kenntnis der erst später in Anspruch genommenen Ärzte entziehen. Diese Erwägungen, die das Anhören des erstbehandelnden, unmittelbar nach dem Unfalle zugezogenen Arztes im Interesse einer einwandfreien Feststellung des objektiven Befundes als geboten erscheinen lassen, treffen indessen auf den Fall der anderweiten Rentenfestsetzung nach Maßgabe des § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nicht zu. Abgesehen davon, daß bei analoger Anwendung des § 69 Abs. 3 auf die Fälle des § 88 auch der Begriff des „behandelnden Arztes" eine entsprechende Änderung erfahren müßte, da in den Fällen der anderweiten Rentenfeststellung unmöglich die Anhörung des im § 69 gemeinten „erstbehandelnden" Arztes, sofern er nicht etwa auch in der Zeit vor der Rentenänderung den Verletzten behandelt hat, gefordert werden darf, daß vielmehr nur derjenige Arzt, in dessen Behandlung der Verletzte zur Zeit oder kurz vor der Zeit der anderweiten Rentenfeststellung steht, für eine zu erstattende gutachtliche Äußerung als behandelnder Arzt in Betracht kommen kann, handelt es sich in diesem späteren Verfahren nur noch um die Frage, wie sich das durch den Unfall ver-

ursachte Leiden in der Folgezeit gestaltet hat. Zur Entscheidung der letzteren Frage aber wird es nur unter besonderen Umständen der Inanspruchnahme des „behandelnden“ Arztes bedürfen; sie wird regelmäßig auch von jedem anderen Arzte unter Zuhilfenahme der bereits vor der ersten Rentenfestsetzung eingeholten ärztlichen Gutachten beantwortet werden können, ohne daß der Verletzte eine einseitige Beurteilung seines Zustandes zu besorgen hätte. Jedenfalls wäre hiernach die Anwendung der Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes im Bereiche des Rentenabänderungsverfahrens aus sachlichen Gründen nicht zu rechtfertigen. Würde die Herübernahme der Bestimmung des § 69 Abs. 3 Satz 1 in das spätere Rentenfestsetzungsverfahren im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben, so würde dem sicherlich besonders Ausdruck gegeben worden sein, wie denn das Gesetz an anderer Stelle die entsprechende Anwendbarkeit einer in einem früheren Abschnitt enthaltenen Bestimmung tatsächlich besonders zum Ausdrucke bringt (§ 90 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes).

Meines Erachtens kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Gesetzgeber in den § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nur festlegen wollte, daß der erstbehandelnde Arzt bei der erstmaligen Entscheidung über den Rentenanspruch eines Versicherten, falls eine Ablehnung der Entschädigungsansprüche oder die Feststellung einer Teilrente erfolgen soll, gehört wird.

Handelt es sich jedoch um weitere spätere Festsetzungen, so kann die Ansicht des erstbehandelnden Arztes, wenn er nicht gerade auch derjenige Arzt ist, welcher den Verletzten nach der ersten Rentenfestsetzung weiter behandelt hat, nicht in Betracht kommen. Für die Frage, wie sich das durch den Unfall verursachte Leiden in der Folgezeit gestaltet hat, könnte vielmehr lediglich die Äußerung des derzeitig behandelnden Arztes maßgebend sein. Die angeführte Entscheidung des Reichsversicherungsamts spricht das mit voller Entschiedenheit aus und gibt damit eine wichtige Auslegung des § 69 Abs. 3 Satz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

Die Todesursachen in Buenos-Ayres im Jahre 1905.

Die Todesursachen von Buenos-Ayres werden sehr sorgfältig erhoben und in detaillierter Weise nach dem Bertillonschen Todesursachenverzeichnis von 179 Nummern im „Bulletin Mensuel de Statistique Municipale“ veröffentlicht, eine Auszählung findet dabei nach dem Geschlecht und nach 14 Altersklassen statt. Buenos-Ayres, die Hauptstadt der argentinischen Republik, liegt bei 34½° s. Br., die mittlere Einwohnerzahl im Jahre 1905 war 994000 Einwohner, die Hauptmasse der Bevölkerung sind Spanier und Italiener. Es kamen 1905 auf 1000 Einwohner 35,98 Geburten (inkl. Totgeburten) und 16,01 Sterbefälle (ohne Totgeburten); diese günstigen Ziffern erklären sich daraus, daß die Einwanderung in Buenos-Ayres sehr groß ist. Von den Geborenen sind 4,4% totgeboren: dieser Prozentsatz ist so hoch, da auch schon die Früchte des 6. Monats mitgezählt sind (bei uns erst die des 7. und späteren Monats). Die Todesursache blieb nur bei

0,5 % der Gestorbenen unbekannt. Auf 10000 Einwohner starben 1905 in Buenos-Ayres an

Abdominaltyphus	1,4	Chronische Bronchitis	0,7
Pocken	4,9	Bronchopneumonie	12,8
Masern	0,8	Pneumonie	7,0
Scharlach	0,3	Rippenfellentzündung	0,8
Keuchhusten	0,5	Darmkatarrh } der Kinder	9,1
Diphtherie und Croup	0,7	Chron. Darmkatarrh } unter 2 Jahren	4,0
Influenza	0,5	Darmkatarrh (über 2 Jahre)	1,7
Lepra	0,1	Echinococcus	0,3
Rose	0,5	Lebercirrhose	1,1
Pyämie	1,4	Einfache Peritonitis	2,6
Tuberkulose der Lungen	19,4	Appendicitis, Phlegmone der Fossa iliaca	0,4
„ der Hirnhaut	0,8	Akute Nephritis	2,2
„ anderer Organe	1,4	Brightsche Krankheit	3,9
Maligne Tumoren	9,6	Üble Zufälle bei Schwangerschaft und Geburt	0,4
Diabetes	0,8	Puerperalfieber	0,6
Einfache Hirnhautentzündung	9,6	Angeborene Lebensschwäche, Bildungsfehler	4,0
Gehirnschlag	6,6	Altersschwäche	1,6
Krämpfe der Kinder	0,7	Gewaltsame Todesfälle	5,9
Tetanus	1,4		
Akute Endokarditis	8,6		
Organische Herzfehler	8,1		
Akute Bronchitis	2,5		

Es starben überhaupt im Jahre 1905 an Malaria 7 Personen, an Dysenterie 6, an Lepra 11, an Milzbrand 6, an epidemischer Genickstarre 1, an Tumeurs hydatiques du foie (Echinococcus) 25. Die Echinokokkenkrankheit scheint danach sehr verbreitet in Argentinien. Die Sterblichkeit an Tuberkulose, die früher in Buenos-Ayres sehr häufig war (1875—79 34 Sterbefälle auf 10000 Einwohner), hält sich jetzt in mäßigen Grenzen, häufig sind die Sterbefälle an malignen Tumoren, an Pocken, an einfacher Hirnhautentzündung und namentlich an Herzaffektionen. Von den Sterbefällen an einfacher Hirnhautentzündung treffen allein 40,2 % auf das erste Lebensjahr: bei den nach Angabe der Leichenscheine an akuter Endokarditis Gestorbenen handelt es sich meist um ältere Personen.

Die Kindersterblichkeit war in Buenos-Ayres 1905 sehr klein (10,0 auf 100 Lebendgeborene); sie erreicht ihr Maximum in der zweiten Regenzeit, also am Ende des Frühjahrs (Oktober, November) und bei Beginn des Sommers (Dezember). Die Tabelle auf S. 172 enthält die ganzen Ziffern; dabei ist die mittlere Temperatur in Celsiusgraden und die Summe der Niederschläge mitgeteilt.

Es scheint, daß im November aus Versehen in dem Bulletin Mensuel die Ziffern des Oktober eingesetzt wurden.

Die Kindersterblichkeit ist am höchsten in der zweiten Regenzeit, also im Frühjahr und Sommersanfang, während die große Hitze im Sommer (Januar-Februar) den Kindern weniger gefährlich ist. Wie anderwärts sieht man auch in Buenos-Ayres, daß die Kinder des ersten Lebensmonats im Winter (Juli!) am meisten gefährdet sind.

Monate	Gestorben überhaupt	Gestorben im 1. Lebensjahre				Mittlere Temp. °C	Niederschläge mm
		1. Mon.	2.—6. Monat	7.—12. Monat	zusammen		
Januar	1 246	57	89	114	260	23,0	64,8
Februar	1 017	39	81	80	200	22,4	52,9
März	1 166	53	95	65	213	22,4	138,4
April	1 146	57	95	57	209	17,2	188,1
Mai	1 342	92	108	85	285	13,2	51,0
Juni	1 328	88	91	61	240	12,3	23,3
Juli	1 463	101	115	76	292	9,2	68,0
August	1 449	96	94	89	279	12,0	54,5
September	1 334	86	103	106	295	15,0	41,6
Oktober	1 387	63	153	131	347	16,4	201,3
November	1 535	69	197	169	435	19,6	201,3
Dezember	1 503	51	138	163	352	22,5	82,2
Jahr 1905	15 916	852	1 359	1 196	3 407	—	1 167,4

Sehr viele Todesfälle verursachen die Pocken (484 im Jahre 1905) und zwar das ganze Jahr hindurch. Von den Gestorbenen standen im Alter von

0— 1 Jahren	118	20—30 Jahren	75
1— 5 „	143	30—40 „	50
5—10 „	16	40—50 „	22
10—15 „	7	50—60 „	17
15—20 „	33	60—80 „	3

Danach standen 54% der an Pocken Gestorbenen im Alter von 0—5 Jahren. Durch Gesetz vom 27. August 1903 ist der Impfzwang (erste Impfung im ersten, Wiederimpfung im zehnten Lebensjahre, Veröff. d. K. Ges.-Amts 1904, S. 1156) eingeführt; zu welchem Zeitpunkt das Gesetz in Kraft trat und mit welcher Strenge es durchgeführt wird, ist mir nicht bekannt. Auch der Tetanus ist sehr häufig; von den 143 Fällen des Jahres 1905 betrafen 111 (= 77%) Kinder des ersten Lebensmonats, also wahrscheinlich Neugeborene. F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 9. November 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung und erteilt Herrn Laquer-Wiesbaden das Wort.

Herr Laquer trägt über **„Nahrungsmittel- und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters“** vor. In den Vereinigten Staaten gibt es 7 Mill. Fabrik- und 10 Mill. Landarbeiter, bei uns je 8 Mill. Die 7 Mill. amerikanischer Lohnarbeiter bezogen im Jahre 1900 durchschnittlich 1920 Mk., das ist $6^1/_3$ Mk. pro Tag (in Deutschland 780 Mk.); das Verhältnis ist wie 32 zu 13.

[1]) Nach den „Verhandlungen“ der Gesellschaft, Nr. 9—11, Sonderdruck aus der „Medizinischen Reform“, hrsg. von R. Lennhoff.

Entscheidend ist natürlich die Kaufkraft dieses Lohnes bzw. des Dollars. Der billige Massenartikel beherrscht den Konsum des kleinen Mannes. Zusammen mit der billigen Nahrung bewirkt er eine hohe Kaufkraft des Dollars. Die 475 Dollars Lohn bedeuten also wirklich 1920 Mk. Die von Grotjahn für deutsche Verhältnisse aufgestellte These, daß der Proletarier inmitten der Abwandlung von ländlicher zu städtischer Nahrung stecken geblieben sei, gilt nicht für Amerika. Der amerikanische Arbeiter ißt dreimal so viel Fleisch, Mehl, Zucker, Gemüse, Früchte, Obst, zweimal so viel Eier, die Hälfte Kartoffeln, ein Sechstel Brot und zwar Weizenbrot. Diese Kost hat folgende Vorteile: 1. geringeres Volumen, 2. mehr Eiweiß, 3. größere Schmackhaftigkeit und Abwechslung. Die Gesamtheizwerte der Nahrung sind natürlich die gleichen wie bei uns. Daß der Arbeiter für den erhöhten Konsum nicht mehr bezahlt, als er in Deutschland zahlen würde, geht auch aus den Preistabellen hervor, die das Septemberbulletin des Bundesarbeitsamts zu Washington 1904 wiedergibt. Redner berührte alsdann den Reis- und Obstkonsum in den Vereinigten Staaten und in Deutschland (die Obsternte betrug im letzten Jahre in Amerika 83 Mill. Dollars), sowie die Frage: Wie viel Prozent des Einkommens gehen auf die Nahrung drauf? Ungefähr so viel wie in Deutschland, nämlich 43 Proz. Die Engelsche Rangordnung, wonach mit steigendem Einkommen der Anteil der Nahrung an den Gesamtausgaben sinkt, gilt auch „drüben". Für Wohnung, Möbel, Beheizung, Beleuchtung verbraucht der amerikanische Arbeiter 23 Proz., das sind 7 Proz. mehr als der deutsche, für Kleidung ist der Prozentsatz der gleiche, nämlich 13 Proz. Für Diversa 21 Proz., in Deutschland 28 Proz. Diese 7 Proz. Differenz vertrinkt der deutsche Arbeiter. Von ca. 2500 amerikanischen Arbeiterfamilien, deren Haushaltungsbücher das Arbeitsamt wirtschaftlich untersuchte, waren 50 Proz. ganz enthaltsam, die übrigen 50 Proz. verbrauchten 3.2 Proz. für alkoholische Getränke. Es gibt drüben Arbeitergewerkschaften, die den Alkohol statutengemäß bekämpfen. Die Zahl ihrer Mitglieder ist 1/4 Mill., etwa 15 Proz. aller Organisierten. An dem günstigeren Verhältnis des Gesamtalkoholkonsums Nordamerikas, der sich zu dem Deutschlands wie 2 zu 3 verhält, sind die Lohnarbeiterschichten hervorragend beteiligt. Die geschilderte gute Ernährung spielt die Hauptrolle, daneben der hohe Preis der Getränke, der Sport, die besseren Wohnungen, der schlechte Ruf der Kneipen und anderes; von 6890 Betrieben mit 1 3/4 Mill. Arbeitern waren in 50 Proz. alle Alkoholika verboten. Besonders die Transportgewerbe sind als während der Arbeit enthaltsam zu bezeichnen. In Deutschland sind in 50 Proz. von 1260 Betrieben nur Schnapsverbote vorhanden.

Sitzung vom 23. November 1905.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr H. Neumann trägt über **„Milchversorgung der Säuglinge"** vor. Mit der Entwicklung der Lehre von der Infektion und der Desinfektion kamen auch Methoden auf, die Milch zu konservieren. Sie fanden im Jahre 1886 in dem bekannten Verfahren von Soxhlet einen Ausdruck, der sich schnell die Welt eroberte. Aus dieser Methode, die sich bei uns nur in den Häusern der Wohlhabenden einbürgerte, haben die Franzosen weitere Folgerungen gezogen.

Im Jahre 1892 kam in Paris Prof. Budin auf den Gedanken, die wenigen Kinder, welche in seiner Konsultation des nourrissons nicht an der Brust ernährt werden, mit Milch zu versorgen, die er ihnen nach der Soxhletschen Methode nach Hause mitgab. Im nächsten Jahre faßte Variot für seine poliklinischen

Säuglinge den Gedanken der häuslichen Milchversorgung. Im Jahre 1894 faßte Dr. Dufour in Fécamp den Plan, zur Vorbeugung von Darmkrankheiten systematisch die Kinder zu überwachen und mit Milch zu versorgen. Es existieren jetzt in Paris etwa 28 und im übrigen Frankreich einige 60 Gouttes de lait (Milchküchen). Es wäre nun zu fragen: Ist es überhaupt möglich, ausschließlich die Ernährung der Kinder ärztlich zu überwachen, ohne sich gleichzeitig um das sonstige Befinden der Kinder zu bekümmern? Es war für mich besonders interessant, diesen Punkt auf meinen Reisen zu berücksichtigen. Sie finden z. B. in München Gouttes de lait, oder, wie wir es nennen, Milchküchen, wo sich der Kinderarzt ausschließlich darauf beschränkt, die Kinder mit Nahrung zu versehen und zu wiegen; unter Umständen führt er das Nahrungsrezept aus, das dem Kind von anderen Ärzten verschrieben ist. Hierbei macht man die Voraussetzung, daß das Kind bei Erkrankung zu einem Privatarzt gebracht wird. Hier ist also der einzige Zweck, prophylaktisch die Überwachung der gesunden Kinder so zu gestalten, daß sie nicht durch falsche Ernährung und schlechte Nahrung krank werden. Nun steht es aber außer Zweifel, daß bei den in häuslicher Pflege stehenden darmkranken Säuglingen die Ernährung durch eine Milchküche oft das sicherste oder überhaupt das einzige Mittel ist, um die Heilung herbeizuführen. Es ist daher die Milchküche ein unentbehrlicher Teil einer jeden Kinderpoliklinik während tatsächlich die Vereinigung beider Einrichtungen besonders außerhalb Frankreichs noch sehr selten ist. Freilich wäre es ein großer Irrtum, zu glauben, daß in den Gouttes de lait nun wirklich nur gesunde Kinder versorgt würden; bis 70 Proz. der Säuglinge (z. B. in Brüssel) sind darmkrank oder atrophisch; es erklärt sich dies einfach daraus, daß die Mütter gesunder Säuglinge in der Regel auf die Hilfe einer Milchküche verzichten zu können glauben. Sollen diese Kinder, die naturgemäß sehr anfällig sind, bei Erkrankung noch einen anderen Arzt — neben dem der Milchküche — besuchen? Man verhehlt sich hierbei vollkommen, daß es sich um die Kinder armer Leute handelt, für welche eine solche Zweiteilung in der Säuglingsbehandlung schon aus Zeitmangel nicht durchführbar ist. Vor allem aber gehen diese Leute aus Geldmangel gar nicht oder viel zu selten zum Arzt. Folglich wird der Milchküchenarzt unter Umständen ein in seiner Krankheit nicht behandeltes Kind nur zu wägen und zu ernähren haben — eine Stellung, um die ich ihn aus ethischen und aus Standesinteressen nicht beneide. Wenn er sich ferner nur zum Küchenchef macht, der die Verordnungen anderer Ärzte ausführt, so wird er hierbei oft in Gewissenskonflikten komme; denn, wie wir es offen aussprechen wollen, hat die Ernährungslehre der kranken und gesunden Säuglinge in den letzten Jahren so erhebliche Fortschritte gemacht, daß ihnen die Ärzte, welche seit längeren Jahren in arbeitsreicher Praxis stehen, nur selten folgen konnten. Um es kurz zu sagen, so würde ich für unsere deutschen Verhältnisse die ärztlichen Säuglingsberatungsanstalten ausschließlich für die Unbemittelten bestimmen, deren Kinder dort aber außer der prophylaktischen Ernährung auch jeden ärztlichen Rat, soweit er ambulatorisch zu geben ist, erhalten können. Sie wissen, daß die Darmkrankheiten vor allem ihre Opfer in den kleinsten Wohnungen mit der dichtesten Bevölkerung fordern. Dürfen auch Bemitteltere aus der Milchküche Nahrung beziehen, so sind keinenfalls ihre Kinder — auch nicht zum Wägen — in die ärztliche Beratung zu bringen. Sie werden mich hiernach richtig verstehen, daß ich von einer ärztlichen Überwachung bei der künstlichen Säuglingsernährung in keinem Falle absehen möchte; je nach den Vermögensverhältnissen wird sie im Hause oder in öffentlichen Anstalten erfolgen.

Insofern ist es nicht ganz zweckmäßig, wenn man sich bei uns in Deutschland (z. B. in Straßburg und Cöln), in Amerika und England vielfach nur auf die Lieferung guter Säuglingsmilch beschränkt. Allerdings kann hiermit schon sehr viel erreicht werden — selbst wenn man von der idealen Form der fertigen Portionsflaschen absieht und nur gutes Rohmaterial in $^1/_2$ oder 1 Liter-Flaschen ins Haus liefert. Auf die technische Einrichtung der Milchküchen genauer einzugehen, ist an dieser Stelle kaum möglich. Sie werden überrascht sein, wenn Sie die Anleitung von Dufour zur Errichtung einer Goutte de lait durchblättern, in wie kleinen Verhältnissen sich die Einrichtungen bewegen. Die bekanntesten Gouttes de lait der Normandie sind z. B. räumlich so beschränkt, wie es überhaupt nur denkbar ist. Größere und bedeutendere Einrichtungen finden wir merkwürdigerweise erst außerhalb Frankreichs, wo man die Versorgung mit Milch in größerem Maßstabe ins Auge gefaßt hat, als Mustereinrichtung einer Milchküche möchte ich Ihnen die Milchküche der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg, Reginenstraße 40, erwähnen, in der allerdings vor der technischen Seite die ärztliche ganz zurücktritt. Noch großartiger sind natürlich Betriebe, die im großen von Gemeinden durchgeführt werden: hier kann ich Ihnen den vorzüglichen Betrieb in Cöln bildlich vorführen, der auf dem dortigen Schlachthofe mit Benutzung der dort vorhandenen elektrischen Kraft, Beleuchtung und Dampfes arbeitet. Die Verteilung der Milch erfolgt meist in der Weise, daß sie von der Anstalt selbst abgeholt wird. Wo infolge der räumlichen Ausdehnung die Milch an verschiedenen Stellen abgeholt werden muß, hat man wie in Cöln öffentliche Wohlfahrtanstalten hierzu benutzt, oder auch, was sich für die Dauer nicht zu bewähren scheint, die Apotheken. In das Haus wird die Milch nur ausnahmsweise geliefert, und es ist dies wohl auch nur dann ohne große Kosten möglich, wenn, wie in Straßburg, die Lieferung von Vollmilch größeren Betrieben übergeben ist. Was nun den Verkaufspreis der Milch betrifft, so hat es sich wohl nirgends bewährt, die Milch umsonst abzugeben. Als Ausnahme könnte ich höchstens die Gratismilchverteilungsanstalt in Budapest erwähnen, in der übrigens nicht nur für Säuglinge Milch verabfolgt wird. Natürlich ist aber der Preis allgemein niedrig gehalten und wird im Notfall weiter ermäßigt, abgesehen davon, daß auch auf Kosten der Armenverwaltung Nahrung abgegeben wird. Mehr als 20—25 Pfg. wird für die Tagesnahrung in Deutschland und Frankreich meines Wissens nirgends verlangt. In Straßburg ist die Bezahlung so geregelt, daß bei einem Preis von 20 Pfg., den die Stadtverwaltung selbst für $^9/_{10}$ Liter zu bezahlen hat, die Arbeiterbevölkerung diese Milch für 18 Pfg., die gemeindewaisenärztlich kontrollierten Kinder für 15 Pfg. und die Stadtarmen umsonst erhalten In Köln erhält die Bevölkerung, deren Einkommen nicht 2000 Mk. übersteigt, die täglich nötigen Portionsflaschen für 22 Pfg., wobei die wirklichen Herstellungskosten etwa auf 28 Pfg. zu veranschlagen sind. Überhaupt stellen sich in Deutschland nach meiner Kenntnis der Dinge die Kosten in einer Milchküche, welche Einzelportionen abgibt, für den Tag und Kopf bei Großbetrieb und Lieferung ins Haus auf 25 bis 30 Pfg., bei Kleinbetrieb mit starker Variation der Nahrung und Lieferung ins Haus auf 35 bis 40 Pfg., wobei 5 Pfg. für Zustellung ins Haus und 20 Pfg. für 1 Ltr. Vollmilch gerechnet sind. Um eine Milchversorgung im großen durchzuführen, ist vorgeschlagen worden, daß die Gemeinden selbst die Milch produzieren sollen: im allgemeinen besteht weniger hierzu Neigung als dazu, große Unternehmer, denen man bestimmte Bedingungen für die Produktion auferlegen kann, mit der Lieferung zu beauftragen. Daß die Gemeindebehörden

bei einem eigenen Molkereibetriebe, selbst wenn sie nur Milch pachten würden. nicht schlecht zu fahren brauchten, zeigt sich, wenn man die Geschäftsführung des Oeuvre philanthropique du lait von Dr. Henri de Rothschild in Paris genauer studiert; im Jahre 1898 begründet, erhält sie sich jetzt nicht nur aus eigenen Mitteln, sondern kann noch erhebliche Mengen Milch umsonst an Arme abgeben. Rothschild hat eine große Anzahl von Lieferanten, welche die Milch liefern, in einer ländlichen Zentrale wird sie verarbeitet und dann morgens in die Stadt gefahren; dort sind 40 Ausgabestellen, welche nur morgens einige Stunden geöffnet sind, und in welchem die Milch dann zu einem für Pariser Verhältnisse sehr billigen Preis verkauft wird; der offen verkaufte Liter für 25 Centimes, der halbe Liter sterilisierte Milch für 20 Centimes. Letztere ist auch in Flaschen von 60, 100 und 150 Gramm zu haben. Allerdings ist diese Milch, die übrigens meist 4 Proz. Fett enthält, insofern keine Mustermilch, als nur die sterilisierte Milch in geschlossenen Flaschen verkauft wird. Es werden in diesen Depots 600000 Liter offene Milch per Monat verkauft und 50000 sterilisierte Milch für Säuglinge; für 13—1500 Frcs. wird jeden Monat Milch verschenkt. Der buchmäßige Umsatz betrug im letzten halben Jahre 4410000 Frcs. Dieses Beispiel erscheint mir praktisch wichtiger als z. B. das großartige Vorgehen des Philanthropen Nathan Strauß, von dem wir aus New York berichten können, weil es sich dort um eine Einrichtung handelt, welche sich selbst unterhält, während es sich hier um eine Wohltätigkeitseinrichtung handelt, von der Strauß selbst sagt, daß sie durch ihre Kosten bald der privaten Handhabung entwachsen werde (in diesem Jahre wurden schon 2½ Mill. Flaschen Milch verteilt). Für unsere deutschen Begriffe wäre es am natürlichsten, daß die Gesundheitspolizei die Milchproduktion so sorgfältig überwachte, daß auch die Säuglinge zu einer geeigneten Milch kämen. Aber leider erhöht sich durch die sorgfältigere Gewinnung immer der Preis soweit, daß der Säugling des Armen diese Milch nicht erhält. Alle Bemühungen durch private Überwachung die Milchproduktion mit Vermeidung einer Preissteigerung zu bessern, halte ich für aussichtslos. Es läßt sich also vorläufig nicht umgehen, daß die Behörden einen Teil der Kosten bei der Ernährung der armen Säuglinge tragen, und hiermit ist, da wir uns über die Notwendigkeit der ärztlichen Mitwirkung schon früher geeinigt haben, die Berechtigung der Milchküchen mit ärztlicher Überwachung erwiesen.

Eine andere Frage ist es, ob sich schon heute statistisch der Nutzen der Milchküchen nachweisen läßt. Man muß mit der Statistik außerordentlich vorsichtig sein. Vielfach wird die Sterblichkeit innerhalb der Gouttes de lait mit der allgemeinen Sterblichkeit der Säuglinge verglichen. Diese Form der Statistik möchte ich außer Betracht lassen, da ich nicht gewiß bin, ob eine große Zahl wichtiger Punkte hierbei genügend verfolgt ist.

Eher könnte man die Säuglingssterblichkeit vor und nach Einrichtung einer Milchversorgung vergleichen, deren Absinken z. B. in New York und in Fécamp auffällig ist; aber es ist nicht möglich, hier die gleichzeitige Einwirkung anderer günstiger Umstände auszuschließen. Bedeutungsvoller ist es, wenn nur in denjenigen Stadtteilen eine Verminderung der tötlichen Darmkrankheiten stattfindet, in denen die Milchverteilung stattgefunden hat. Hierfür finden wir in dem vorzüglichen Aufsatz Finkelsteins[1]) ein schönes Beispiel aus New York.

---

[1]) Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. 74. Heft, Seite 71/72.

Aber wir brauchen von der Statistik in dieser Frage überhaupt nicht zu viel zu verlangen: die Verbesserung der Milchversorgung als eine Teilerscheinung der Bestrebungen, das Schicksal der Säuglinge überhaupt zu bessern, wird aus sehr komplexen Ursachen mit einer Verbesserung der Säuglingssterblichkeit einhergehen.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß den Gouttes de lait, überhaupt der Milchversorgung, der Vorwurf gemacht wird, daß sie die natürliche Ernährung beeinträchtige und hierdurch mehr schade als nütze. Es ist selbstverständlich, daß die natürliche Ernährung nicht beeinträchtigt werden darf, und wenigstens in Paris ist dies auch nicht der Fall.

Es werden dort bei ca. 60000 Geburten ca. 25000 Kinder in den öffentlichen Entbindungsanstalten geboren. Die Mutter bekommt, wenn sie das Haus verläßt, die Aufforderung, sich in den consultations des nourrissons, welche in den gleichen Anstalten abgehalten werden, wieder vorzustellen. Dort wird eine große Zahl von Säuglingen überwacht, denen man durch Ermunterung und Unterstützung der Mutter die natürliche Ernährung erhält. Da bei uns eine ähnliche Einrichtung nicht besteht und auch nicht angezeigt wäre, wird man mit der Einrichtung der Milchküchen daran denken müssen, auf andere Weise gleichzeitig die natürliche Ernährung zu fördern.

Sitzung vom 23. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet, Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Adolf Gottstein trägt über: **„Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit“** vor. Die nachfolgenden Ausführungen beabsichtigen nicht eine vollständige und lückenlose Geschichte der Kindersterblichkeit seit dem Bestehen statistischer Unterlagen zu geben; es soll vielmehr die geschichtliche Untersuchung nur als Methode herangezogen werden, um brauchbares Vergleichsmaterial für die Beurteilung unserer heutigen Zustände und ihrer Entwicklung zu gewinnen. Es ist daher davon abgesehen, das gesamte vorhandene Material namentlich der neueren Zeit zusammenzutragen, vielmehr haben nur die frühesten und von den späteren Quellen die wichtigsten Berücksichtigung gefunden. Neben dieser Hauptaufgabe erschien es mir überhaupt lohnend, gerade in dieser Gesellschaft einmal auf die Entstehung der Medizinalstatistik im Zusammenhange einzugehen. Denn die Medizinalstatistik ist nur wenige Jahrhunderte alt und ihre Geschichte hat noch keine zusammenfassende wissenschaftliche Darstellung gefunden. Die Medizinalstatistik verdankt ihre Entstehung derselben Bewegung, welche in der Renaissanceperiode so viele Kulturfortschritte zeitigte, der Abschüttelung des mittelalterlichen Fatalismus. Im besonderen Falle war es hier das Bestreben, gegen die Seuchenkatastrophen wirksame Mittel zu gewinnen,. welches staatliche und städtische Behörden zur Führung von Totenlisten veranlaßte, um die Höhe der Seuchensterblichkeit festzustellen. Zwar Geburten- und Totenlisten soll es schon in Athen gegeben haben.[1]) Auch die Kirchenbücher des 5. Jahrhunderts nach Christi Geburt (Diptycha Mortuorum) werden in der Literatur erwähnt, sie sind aber nicht auf uns überkommen. Die Listenführung durch kirchliche Behörden soll zuerst im Jahre 1524 auf einer Synode zu Séez gesetzlich geregelt worden sein. In England erließ König Heinrich der Achte im September 1537 ein Edikt, welches den Pfarrern anbefahl, Listen über Taufen, Trauungen und

[1]) A. Boekh, Die Staatshaushaltung der Athener. 1851.

Begräbnisse zu führen. In Frankreich erfolgte die gleiche Einrichtung von seiten des Staates durch die „Ordonnance de Villers-Cotterets“, die im August 1539 unter Franz I. von Kanzler Poyer erlassen wurde. In England wie in Frankreich waren starke Ausbrüche der Pest die unmittelbaren Ursachen dieser Edikte. Das Tridentinum gab dann noch 1545 den Pfarrern auf, sorgfältige und genaue Register zu führen. Auch deutsche Behörden ordneten Listenführungen durch die Pfarrer an, so Augsburg 1501, Frankfurt 1551, Breslau 1585, Leipzig 1595. In London soll die Ergänzung der Totenlisten durch Angabe der Krankheitsursachen erst 1592 im Anschluß an eine Pest streng durchgeführt worden sein. Verarbeitet wurden aber diese Listen im 16. Jahrhundert noch nicht. Der erste, der auf die Idee kam, das Material dieser Totenzettel zu benutzen und der somit das erste medizinal-statistische Werk schuf, war der Stadthauptmann Johann Graunt in London. Er kam, angeregt durch Petty, den Begründer der politischen Arithmetik, darauf, das angesammelte Material der Totenzettel zu verarbeiten. Das Ergebnis erschien im Jahre 1662 zu London unter dem Titel: Natürliche und politische Anmerkungen über die Totenzettel der Stadt London. Er starb 1774. Das Werk wurde 1702 von einem anonymen Autor ins Deutsche übersetzt und erschien bei Thomas Fritschen in Leipzig. In diesem kleinen Werk schneidet G. die wichtigsten Fragen der Bevölkerungsstatistik an, er behandelt das Städtewachstum, die Kindersterblichkeit, die Todesursachen, namentlich in Rücksicht auf Unglücksfälle und Änderung des Krankheitscharakters, den Einfluß der Jahreszeiten, den Unterschied in Stadt und Land, er bespricht das Bevölkerungswachstum, den Einfluß der Bevölkerungsdichtigkeit und anderer Vorgänge. Sein Werk enthält im Anhang wohl die erste medizinisch-statistische Tabelle der Todesfälle Londons nach Jahren und Todesursachen geordnet. Noch in dasselbe Jahrhundert fällt eine andere statistische Leistung ersten Ranges, die Schaffung der ersten Absterbeordnung durch den Astronomen Halley. Er veröffentlichte seine Sterbetafel im Jahre 1693 und wurde so Mitbegründer der Theorie der Lebens- und Leibrenten-Versicherungen. Merkwürdigerweise legte der Londoner Halley seinen Studien das Material der Stadt Breslau zugrunde. Die Kritik der Halleyschen Methode beschäftigte bis in die neueste Zeit die Werke der theoretischen Statistik. Es blieb aber lange unaufgeklärt, durch welchen Zufall Halley gerade auf Breslauer Material kam. Erst dem Spürsinn des hervorragenden Breslauer Medizinalstatisikerts J. Grätzer gelang es, den Zusammenhang aufzudecken, den er in seiner wichtigen Schrift „Edmund Halley und Caspar Neumann, Breslau 1883“ klarstellte. Nach Grätzer lebte in Breslau ein Theologe Caspar Neumann, 1648 geboren, dessen Biographie Grätzer mit großer Liebe erzählt. Dieser auch naturwissenschaftlich gut unterrichtete Mann durchforschte die Geburts- und Sterblichkeitsstatistik seiner Vaterstadt aus religiösen Gründen und stellte Beobachtungen über die Zahlenverhältnisse der Geburten und Todesfälle während der Jahre 1687—1691 an. Dieses Material nun verschaffte sich Halley, wahrscheinlich durch die Vermittlung von Leibnitz und Justell und verwendete es für seine Arbeit. Bei Gelegenheit seiner historischen Studien machte nun Grätzer die weitere wichtige Entdeckung, daß das von Neumann benutzte Material in Breslau in einer sonst nirgends bekannten Vollständigkeit noch heute vorhanden und in dem Breslauer Stadtarchiv aufbewahrt war. Er veranlaßte die Breslauer Stadtbibliothek, das Material für dieselben Jahre, die Halley bearbeitet hatte, herauszugeben und mit Hilfe von deren Vorstehern, Markgraf und Frenzel, und des Leiters des Breslauer Statistischen Bureaus, Professor Neefe, rekon-

struierte er diese Zahlen, welche die Geburten und Sterbefälle nach Altersklassen, Monat, Geschlecht und Todesursachen enthalten, in obigem Werke.

Die sorgfältige Aufbewahrung der statistischen Daten, gerade in Breslau, macht es verständlich, daß in derselben Stadt ein halbes Jahrhundert später ein hervorragender Arzt und Naturforscher sich fand, welcher das statistische Material zu Zwecken der Gesundheitspflege und der Seuchenbekämpfung verwertete. Christian Kundmann wurde 1687 zu Breslau geboren und praktizierte in seiner Vaterstadt. Sein Hauptwerk „Rariora item in re medica, oder Seltenheiten der Natur und Kunst, wie auch in der Arzneiwissenschaft, Breslau und Leipzig 1737, 1311 S.", welches alle möglichen naturwissenschaftlichen, medizinischen, sowie epidemiologischen Kuriosa sammelte, enthält einen letzten Abschnitt: „Reflexions über die Krankheits- und Totenlisten mit medizinischen Anmerkungen begleitet", in welchem er die Breslauer statistischen Notizen tabellarisch verarbeitete und mit den Ergebnissen anderer Städte verglich. Grätzer weist in seiner Schrift „Daniel Gohl und Christian Kundmann" [1]) nach, daß Kundmann als Schüler von Neumann von diesem zu seinen Studien angeregt war, daß er ferner in dem Berliner Arzt Daniel Gohl einen mit Unrecht längst vergessenen Vorgänger gehabt hat, aus dessen Werk er das Berliner Material entnommen und daß sowohl dessen als das Breslauer Material von Süßmilch eifrig benutzt wurde. Mit Kundmann ist die rein deskriptive Anfangsperiode der Medizinalstatistik abgeschlossen. Die zweite wissenschaftliche Periode dieser Disziplin beginnt mit Süßmilch, der durch seine „göttliche Ordnung" der Begründer der wissenschaftlichen Bevölkerungsstatistik geworden ist. Das Werk ist zu bekannt, um seine Entstehungsgeschichte und seine grundlegende Bedeutung für spätere Forschungen hier ausführlich darzustellen. Süßmilch wurde 1737 als Prediger angestellt und zog als Feldgeistlicher in den ersten Schlesischen Krieg. Während dieser Zeit schrieb er die Vorrede zu seinem berühmten Werk: „Die göttliche Ordnung, in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts". Süßmilch suchte die Beziehungen zwischen Geburten, Ehen, Todesfällen und Krankheiten rein empirisch und zahlenmäßig zu begründen und führte die von ihm entdeckte Gesetzmäßigkeit auf einen höheren göttlichen Plan zurück. Die nächsten Jahrzehnte statistischer Forschung befassen sich mit der Herbeischaffung zahlenmäßigen Materials. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts schufen die Mathematiker Laplace, Bernoulli und andere für die Statistik die theoretischen Grundlagen in dem Ausbau der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Die Statistiker versuchten, gestützt auf diese Forschungen, eine Gesetzmäßigkeit in den bevölkerungsstatistischen Vorgängen festzustellen und die Ergebnisse der nüchternen Zahlenreihen in Formeln zu bringen. Den Höhepunkt dieser Richtung erreichte die Bevölkerungsstatistik in den Arbeiten von Quetelet, der durch die Schaffung des Begriffes eines „Homme Moyen" in seinem bekannten Werk: „Sur l'homme et le développement de ses facultés, Bruxelles 1836", für längere Zeit maßgebend wurde. Bis zur Exzentrizität verstieg sich diese Richtung, wenn sie aus den wandelnden Zahlen bleibende Gesetze zu konstruieren sich bemühte, wie sie in dem Werke des Königsberger Physikers Moser [2]) wiedergegeben sind, der auch seinerseits die Vorgänge der Absterbeordnung unbekümmert um den Wandel der Zeiten in einfache mathematische Formeln zu bringen suchte. Die heutige Bevölkerungsstatistik, ausge-

[1]) Breslau, Schottländer 1884.

[2]) L. Moser, Die Gesetze der Lebensdauer. Berlin 1839.

rüstet mit allen mathematischen Grundlagen, die zur feinsten Ausbildung gelangten, hat sich entsprechend dem induktiven Charakter der modernen naturwissenschaftlichen Auffassung gänzlich von dieser Richtung losgesagt und legt weniger Wert darauf, aus unzulänglichen Zahlen Gesetze zu formulieren, als möglichst genaue Grundlagen zu sammeln und auf das Exakteste zu vergleichen. Ihre Ergebnisse haben in der Gegenwart besonders in dem großen Werke von Westergaard über Morbidität und Mortalität eine Zusammenfassung gefunden, während zahlreiche aus amtlichen Quellen hervorgegangenen statistischen Arbeiten noch der Ausnutzung harren. Von diesen amtlichen Werken sei für den vorliegenden Zweck besonders hervorgehoben Bd. 48 der Preußischen Statistik: Rückblick auf die Bewegung der Bevölkerung im preußischen Staate während des Zeitraumes vom Jahre 1816 bis zum Jahre 1874 von A. von Fircks, Berlin 1879, desgl. Bd. 188 Dr. Broesicke, Rückblick auf die preußische Bevölkerung von 1875—1900.

Aus den älteren Quellen habe ich mich bemüht, alles zusammenzustellen, was über die Kindersterblichkeit bekannt geworden ist, unter Berücksichtigung der Fehlerquellen, die um so größer werden, je weiter man in der Vergangenheit zurückgeht. Für die Breslauer Listen hat Grätzer die Arbeit erspart, indem er in seiner Monographie über Halley und Neumann das Material der Jahre 1687 bis 1691 selbst tabellarisch schon verarbeitet hat. Ebenso geben die Werke von Süßmilch (dieser in seinen Tabellen 7—26, Bd. II) schon verarbeitetes Material. Aus den reichen Quellen der Vergangenheit seien einige Folgerungen hier wiedergegeben.

Die größten Schwierigkeiten bereitet das vergleichende Studium der Krankheitsursachen; klagt doch schon Süßmilch, daß er mit vielen Bezeichnungen nichts anfangen könne, so z. B. weiß er nicht, was Glaff oder Gläfflein, eine der häufigsten Todesursachen des Kindesalters, bedeutet. Wie wenig auf die Angaben der Todesursachen bei Graunt zu geben ist, beweisen seine eigenen naiven und vielfach zitierten Angaben. Gebucht wurden nämlich die Todesursachen in London von amtlich angestellten alten Frauen, die er euphemistisch Matronen nannte, und deren amtliche Unbestechlichkeit aus seiner folgenden Bemerkung hervorgeht. Er wundert sich, daß trotz der Verbreitung des Morbus Veneris unter den Lebenden die Zahl der Todesfälle auffallend gering ist und nur in einem von ganz armen Leuten bewohnten Kirchspiel die normale Höhe erreicht. Er meint, daß wenn man den Beschauern als alten Frauen, statt daß man ihnen nur einen Groschen geben sollte, 2 Groschen geschenkt hat und ihnen mit einem Becher Ale die Augen erhellt, daß sie diese Kranken einfach als an Schwindsucht gestorben buchen und nur den ganz zerfressenen Pöbel richtig als an der Syphilis gestorben aufführen. Trotzdem ist aus den Mortalitätslisten von Graunt, von Grätzer und Kundmann das eine mit Sicherheit zu konstatieren, daß die Hauptrolle unter den Sterbefällen die Säuglingskrankheiten, die akuten Infektionskrankheiten und die Lungenschwindsucht spielen.

Bei Graunt ist die häufigste Todesursache: Schwindsucht und Husten (44 925 Fälle in 20 Jahren); die zweithäufigste Todesursache aber ist: Neugeborene und andere kleine Kinder (32106), sowie „Zahnen und Würmen der Kinder“ (14236). Dann folgen Frost und Fieber (22613), Durchlauf und Pocken (10576), Pest (16384) und Konvulsionen (10363).

Kundmann bezeichnet als „die zahlreichste Krankheit“ die Lungensucht und als „die andere noch zahlreichere“ die „Schwere Not“. An schwerer Not

starben fast nur Kinder unter 2 Jahren. „Die Kinder, so in Zahnweh und schwerer Not verstarben, könnte man von den letzten, viele zu den ersten zählen, zum wenigsten, so von einem halben bis 2 Jahren in dem schweren Gebrechen verstarben, weil dieses gemeinlich ein Symptom des Zahnwehs ist. Da insonderheit die Franzosen kein verstorbenes Kind im Zahnweh angeben, sondern alle in „Convulsionibus". Auch bei Graunt ist schwere Not oder Fraß eine Säuglingskrankheit. Bei Gohl ist Phthisis der morbus numerosissimus I (366), Epilepsiae et convulsiones (480) der morbus numerosissimus II, darauf folgen febres acuti generice dicti (202), hydrops (137) und dentitio difficilis (109). Vermutlich betreffen die Convulsiones, wie bei Kundmann großenteils Säuglinge.

Ziemlich sichere Schlüsse lassen sich aus den Angaben, betreffend die Totgeburten gewinnen. Nach Graunt beträgt die Zahl der Totgeburten 47 pro Mille der Geburten, Grätzer führt die Zahl 52 an und teilt sie an seinem Material nach Geschlechtern und Ehelichkeit. Dabei ergibt sich, daß die Knaben eine größere Zahl aufweisen, ebenso daß die Zahl der Totgeburten unter den unehelichen Kindern eine erheblich gesteigerte ist. Während bei Kundmann das Verhältnis noch 54 pro Mille ist, sinkt es bei Süßmilch in den Städten schon auf etwa 40—45. Moser und Quetelet führen noch die Teilung von Stadt und Land ein, während sie für das Verhältnis der Geschlechter und der Ehelichen zu den Unehelichen das vorher schon Festgestellte nur bestätigen. Süßmilch wie Casper[1]) und Formey[2]) versuchen den Ursachen der Totgeburten nachzugehen und dabei das geburtshilfliche Personal in Schutz zu nehmen, das an der Höhe der Sterblichkeit unschuldig sei. Ich beabsichtige, das zahlenmäßige Material an anderer Stelle zu veröffentlichen und will hier nur anführen, daß auf die Zahl der Totgeburten zwei Faktoren einwirken, ein natürlicher und ein sozialer. Der natürliche bedingt einen Überschuß der Knabensterblichkeit, der ein konstantes Verhältnis von ungefähr 106 : 100 ergibt. Der soziale Faktor bewirkt mit dem Fortschreiten der Kultur, der Fürsorge für die Hilfsbedürftigen und der besseren Ausbildung der ärztlichen Kunst und Hilfsbereitschaft eine stete Abnahme der Zahl der Totgeburten, welche doch vom 17. bis zum 20. Jahrhundert diese Zahl fast auf die Hälfte herabgesetzt hat (35 pro mille).

Was die Frage der Kindersterblichkeit anbelangt, so ergibt sich die Einteilung in Säuglingssterblichkeit und Sterblichkeit der Kinder über ein Jahr von selbst. Für die allerersten Mitteilungen von Graunt und Kundmann fehlt leider diese Trennung. Süßmilch beklagt es direkt, daß er nicht wisse, was Graunt unter Kindern verstehe. Graunt stellt die Behauptung auf, daß ungefähr ein Drittel von allen lebend Geborenen stirbt, ehe sie 5 Jahre alt werden und 36 Proz. vor dem 6. Jahre. Er bleibt aber den Beweis schuldig. Wenn man seine Mortalitätstabelle ansieht, so gehören mindestens 3 Rubriken, nämlich Nr. 15, Neugeborene und andere kleine Kinder, Nr. 50, Kinder, so zu Tode gedrucket oder bei den Säugeammen verhungert sind und Nr. 75, „Zahnen und Würmen der Kinder", dem Säuglingsalter an, wahrscheinlich auch 19 und 20 Convulsiones und Krämpfe zum größeren Teil. Das sind aber 6,1 Säuglinge auf 1000 Einwohner der von ihm angegebenen Bevölkerung und 25 Proz. aller Gestorbenen sowie auf die Geburtenanzahl berechnet, über 30 Proz. Bei Grätzer

[1]) Beiträge zur Medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde, Berlin, Dümler 1825.

[2]) Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin 1796.

kommen 24,6 Säuglingstodesfälle auf 100 Geburten und bei Kundmann in Breslau 1722, sogar 43 Proz. Bei Kundmann ist es allerdings wahrscheinlich, daß diese enorm hohe Zahl auf einem Methodenfehler beruht, insofern als bei ihm die Zahl der Geburten identisch ist mit der Zahl der im Kirchenbuch als getauft vermerkten.

Sobald man aber versucht, exakt aus dem historischen Materiale Tabellen der Säuglingssterblichkeit herzustellen, so stößt man auf unüberwindliche methodische Schwierigkeiten. Man kann die Säuglingstodesfälle auf die Zahl der Gesamttodesfälle oder der Lebenden berechnen, dann sind die Ergebnisse nicht ohne weiteres vergleichbar, weil ja die Zahl der Geburten im Laufe der Jahrhunderte erheblich schwankte. Eine Berechnung auf die Geburtenzahl ist nur für das erste Jahr angängig, und vielfach fehlen zuverlässige Angaben; die Methoden der Erhebung der Überlebenstafeln in früherer Zeit sind schließlich weniger exakt gewesen als die heutigen und lassen daher auch keine Schlüsse zu. Außerdem vergleiche man z. B. im „Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1903“, Berlin 1905, auf S. 14 die Schwankungen nach der geographischen Lage in demselben Jahre, die zwischen 357 (Danzig) und 139 (Barmen) liegen, während der Durchschnitt des Staates 230,5 beträgt, um sich darüber klar zu werden, daß das dürftige Zahlenmaterial der Vergangenheit nur zu ganz summarischen Schlüssen berechtigt, wenn noch heute in einem Jahre je nach der Örtlichkeit die Zahlen in so weiten Grenzen schwanken. Immerhin habe ich in zwei Tabellen die Anteile der Säuglingssterblichkeit und der Gesamtsterblichkeit und die vorhandenen Daten der Überlebenstafeln zusammengestellt.

Tabelle I.

Auf 1000 Todesfälle kamen Kinder im Alter von

		0—1 Jahr	0—2 Jahr	0—5 Jahr	0—10 Jahr
Grätzer		246			494
Graunt		258—306			
Kundmann und Süßmilch	London 1718—1751		364	484	514
	Wien		363	430	478
	Berlin 1752—1753	254	379	491	519
	Breslau 1722—1724	379	433	533	589
Casper 1780—1822					506—535
Berlin 1904		329		383	

Tabelle II.

Überlebende. Absterbeordnung.

Von 1000 Geborenen erreichten Lebensjahre:

	1	2	3	5	10
Graunt				640	
Grätzer	754			661	
London 1718—1737, Hodgson	710	614	564	526	490
Süßmilch	750	661	618	593	539
Kerßeboom	804	768	736	688	646
Quetelet	775	705		624	588
Deutsche Sterbetafel bei Westergaard	747	699	676	649	621
Berlin 1904 m.	723	603	669	653	638
Berlin 1904 w.	761	719	704	688	671
Preußischer Staat 1904, nach Broesicke, Pr. Statistik Bd. 188	779	728	707	684	661

Es ergibt sich aus nachstehenden Zahlen der Schluß, daß die Säuglingssterblichkeit seit mehr als 200 Jahren bis in die neueste Zeit ungefähr die gleich hohe geblieben ist, daß sie in einigen Städten zwar etwas geringer geworden, in anderen Städten vielleicht sogar in der neuesten Zeit etwas größer ist, als vor 200 Jahren. Diese Erscheinung ist nach zwei Seiten hin von Belang. Zunächst beweist die Konstanz der Säuglingssterblichkeit eine große Rückständigkeit unserer Tage. Denn in allen anderen Altersklassen ist die Sterblichkeit durch die Fortschritte der Kultur, der Hygiene und Medizin erheblich herabgegangen. Wenn die Säuglingssterblichkeit allein eine Ausnahme macht, so ergibt dies eben eine relative Zunahme dieser Quote des Todes. Ferner verdient die Höhe der Säuglingssterblichkeit vor 200 Jahren alle Aufmerksamkeit, denn man ist ja darüber einig, daß die Hauptursache dieses Volksschadens die künstliche und falsche Ernährung ist, und man nimmt an, daß diese erst in der neueren Zeit besonders überhand genommen habe, während man früher viel häufiger oder fast ausschließlich die Mutterbrust reichte. Das ist aber ein Irrtum; schon früher war offenbar die künstliche Ernährung sehr verbreitet. Zunächst trugen die Findelhäuser hierzu bei (als Überschrift des Pariser Findelhauses war vorgeschlagen: „Içi on tue les enfants aux frais publics"). Dann gab es überall Ammen. Schon Graunt spricht von „Kindern, so bey den Säugeammen verhungert sind". Drastisch ist aber die ausführliche Schilderung, die Kundmann von der künstlichen Ernährung gibt. Auch er, wie später Casper, Formey und Süßmilch betonen, daß das Ammenwesen ziemlich verbreitet ist und daß die Sterblichkeit der von Ammen ernährten Kinder größer als die der von den Müttern aufgezogenen Kinder ist. Hierzu trägt die Verbreitung der venerischen Krankheiten nach der Ansicht dieser Autoren viel bei und Kundmann zitiert den Fall seiner eigenen Schwägerin, die eine syphilitische Amme annahm, und Casper den Fall eines von einer syphilitischen Amme untergeschobenen Kindes. Wo aber Ammenwirtschaft ist, werden wohl stets deren eigene Kinder künstlich genährt.

Außer diesen direkten Angaben über die Verbreitung unrichtiger künstlicher Ernährung der Säuglinge, die fast 200 Jahre alt sind, und außer den zahlenmäßigen Angaben über die hohe Sterblichkeit der Säuglinge verfüge ich noch über einen indirekten Beweis für die Ausbreitung der künstlichen Ernährung der Säuglinge, der mir sehr zwingend erscheint. Das ist die Verteilung der Todesfälle nach Monaten. Bei uns liegt gegenwärtig die Sache so, daß wir eine gesteigerte Wintersterblichkeit für die Gesamtbevölkerung haben, und eine gesteigerte Sommersterblichkeit, welche lediglich auf das Konto der erhöhten Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge zurückzuführen ist. Die letztere ist aber eine so große, daß sie die erstere übersteigt und wenigstens in den Städten einen Höhepunkt der Gesamtsterblichkeit in den Sommermonaten hervorruft. Nun hat diese Steigerung der Sterblichkeit der gesamten Bevölkerung im Sommer nicht immer bestanden, wenigstens führen Süßmilch und vor allem Quetelet Tabellen an, nach denen bei gemischter Bevölkerung von Stadt und Land die höchste Sterblichkeit in den Wintermonaten, die niedrigste Sterblichkeit im Sommer war. Aber Quetelet wußte sehr wohl, daß, was für die Gesamtsterblichkeit gilt, nicht für das Säuglingsalter zutrifft, daß vielmehr im Säuglingsalter die Sterblichkeit der Säuglinge durch die Sommerhitze gesteigert wird, wenn auch im Winter die Steigerung eine noch höhere ist. Quetelet verfolgt sogar die einzelnen Lebensmonate nach Kalendermonaten, wobei sich herausstellt, daß das 2. Lebensvierteljahr durch die Sommerhitze am meisten gefährdet ist.

Diese Lehre Quetelets, daß der Sommer die niedrigste Sterblichkeit hat, war Virchow auffallend genug, weil zu seiner Zeit in Berlin das entgegengesetzte Ergebnis vorlag. In Berlin hatte die Gesamtsterblichkeit 1866—1870, wie heute auch, im Juli und August ihr Maximum. Als aber Virchow die Kinder von den Erwachsenen abtrennte, fand er, daß die Abweichung der Verhältnisse Berlins von den Angaben Quetelets lediglich durch die Kindersterblichkeit hervorgerufen wurde. Wenn man die Kinder herausließ und die Sterblichkeitsverhältnisse der übrigen Bevölkerung allein zusammenstellte, so fiel die Sommersteigerung weg, und es ergab sich eine Sommerbaisse genau wie bei Quetelet.[1] Der Sommerabfall ist also eine biologische Erscheinung der Sterblichkeitsbewegung, die Sommersteigerung der Säuglinge eine soziale Erscheinung, bedingt durch künstliche Ernährung; sie ist aber so groß, daß sie die natürliche Sterblichkeitsbewegung der Gesamtbevölkerung wenigstens in den Städten überkompensiert. Nun hat Grätzer an seinem Material die Gesamtsterblichkeit und die Gestorbenen des 1. Lebensjahres nach Kalendermonaten geordnet und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, daß sowohl die Gesamtsterblichkeit, wie auch die Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahre ihren Höhepunkt wie noch heute in Breslau, Berlin und den großen Städten, im August erreicht, und zwar ist die Sterblichkeit der Säuglinge, den Durchschnitt auf 100 berechnet, im August 152, die Gesamtsterblichkeit 109. Die Sommersterblichkeit der Säuglinge war also damals eine so erhöhte, daß sie sogar trotz entgegengesetzter Neigung genau wie heutzutage der Gesamtsterblichkeit den Charakter einer Sommersteigerung aufprägte und die Neigung der Sterblichkeit, im Sommer zu sinken, überkompensierte. Auch bei Kundmann, der für zwei Breslauer Jahre eine Monatstabelle gibt, findet sich diese Sommersteigerung der Sterblichkeit. Wir müssen an dieser Erscheinung des sommerlichen Gipfels, die lediglich durch die abnorme Steigerung der Säuglingstodesfälle bedingt ist, als einer Jahrhunderte alten Erscheinung in den Städten festhalten, und da in der Gegenwart als deren Ursache die künstliche Ernährung der Säuglinge erwiesen ist, so dürfen wir wohl auch auf die gleichen Ursachen in der Vergangenheit schließen. Was die ökonomische Bedeutung der Kindersterblichkeit betrifft, so war wohl Quetelet der erste, der sie würdigte, indem er sagte: „L'homme pendant ses premières années vit aux dépens de la société, il contracte une dette qu'il doit acquitter un jour; et s'il succombe avant d'avoir réussi à le faire, son existence a été pour ses concitoyens plutôt une charge qu'un bien.“ Was nun die Kindersterblichkeit jenseits des Säuglingsalters betrifft, so war sie im Vergleich zur heutigen Zeit, wie die obigen Überlebenstabellen ganz zweifellos ergeben, eine ganz erheblich höhere. Nach Graunt starben bis zum 6. Jahre 36 Proz., nach Grätzer bis zur Erreichung des 1. Lebensjahres 25 Proz., des 5. Lebensjahres 33 Proz. Nach Kundmann übertrifft die Kindersterblichkeit die der Erwachsenen.

Jenseits des Säuglingsalters ergibt sich für die neueste Zeit eine ganz beträchtliche Abnahme der Kindersterblichkeit. Der Grund ist in der Abnahme der Infektionskrankheiten, besonders aber in dem Zurücktreten der Pocken zu suchen, die eine ausgesprochene Kinderkrankheit waren. Es ist selbstverständlich, daß eine derartige Erscheinung, die durch die Einführung der Jennerschen Impfung die Zahl der Pockentodesfälle plötzlich und in ganz außerordentlicher Stärke

[1]) Virchow, Gesammelte Abhandlungen zur öffentlichen Gesundheitspflege, Bd. I, S. 564 ff.

herabsetzte und damit die Gesamtsterblichkeit der Kinder wesentlich verminderte, den damaligen Ärzten zu denken gab.

Es starben an Pocken nach Casper in Berlin:

1782/1791 4453, 1792/1801 4999, 1802/1811 2955, 1812/1821 554.

Merkwürdigerweise aber wurden die hervorragendsten Männer dieser Erscheinung nicht gerecht.

Es waren besonders Malthus, der gestützt auf Heberden und Quetelet, der sich auf Villermet berief, welche die Ansicht aussprachen, daß die Herabminderung der Pockensterblichkeit nur ein scheinbarer Gewinn sei, denn die Abnahme der Todesfälle würde die anderen Krankheiten tödlicher machen.

Malthus war der Ansicht,[1] daß die Ausrottung einer Krankheit nur das Signal für die Geburt einer anderen, vielleicht noch tödlicheren sein werde. Die Kanäle, durch welche der große Strom der Sterblichkeit flösse, würden stets eine gegebene Menge mit sich führen. Wenn wir irgend einen dieser Kanäle verstopften, sei es vollkommen klar, daß der Strom der Sterblichkeit durch einen der anderen Kanäle kommen müsse, d. h. wenn wir gewisse Krankheiten ausrotten, würden andere verhältnismäßig tödlicher verlaufen.

In demselben Gedankengange bewegt sich selbst ein Laplace, wenn er sagt:[2] „On trouve, que l'extinction de la petite vérole au moyen de la vaccine augmenterait de plus de trois années la durée de la vie moyenne, si d'ailleurs cette durée n'était point restrainte par la dimination rélative des subsistances due à un plus grand accroissement de la population.“ Und Quetelet zitiert Villermet, der von der Abnahme der Pocken keinen direkten Vorteil für die Bevölkerungszunahme erwartet, sondern nur den indirekten der Abnahme der Blinden. Quetelet meint, daß „un excès de commisération peut devenir un encouragement pour le vice et une véritable charge toujours croissante pour la société.“

Tabelle III.
Es starben nach Casper in Berlin Kinder:

	Pocken.	Akute Exantheme.	Brustkrankheiten.	Andere Kinderkrankheiten.	Geburtenzahl.
1786—1789	2342	291	693	6800	19 913
1819—1822	25	330	481	8313	26 971

1780—1799: Auf 100 Geburten 51 Kindertodesfälle.
1815—1822: „ 100 „ 43 „

Gegenüber dieser spekulativen Skepsis berührt wohltuend die rein nüchterne induktive Betrachtungsweise von Casper. Er vergleicht die Abnahme der Pocken mit dem Verhalten der anderen kindlichen Infektionskrankheiten und findet, daß diese Krankheiten zwar absolut zugenommen haben, weil die Pocken ja mehr Kinder am Leben ließen, daß aber relativ auf die Lebensdauer berechnet, ihr Stand höchstens der gleiche geblieben sei, so daß die Gesamtsterblichkeit abge-

[1]) Versuch über das Bevölkerungsgesetz.
[2]) Théorie analytique des probalités 1812, S. 445.

nommen habe, nicht aber zugenommen oder selbst gleich geblieben sei, was doch der Fall hätte sein müssen, wenn die Hypothese von der Zunahme anderer Kinderkrankheiten zutreffend wäre. Der Grundgedanke von Casper ist unanfechtbar, wenn wir gleich vom modernen statistischen Standpunkte aus sein Beweismaterial noch nicht als ausreichend betrachten können. Die Neuzeit hat aber unwiderleglich bewiesen, daß für die Abnahme einer Infektionskrankheit keine Kompensation durch absolute Zunahme anderer eintritt, daß vielmehr diese Abnahme ein dauernder Gewinn bleibt. Für uns ist die Caspersche Ausführung von besonderem Interesse, denn dieselbe Frage, bloß in etwas anderer Fassung, ist in neuester Zeit wieder auf die Tagesordnung gekommen. Während man damals sagte, statt einer beseitigten Krankheit würde der Strom des Todes sich neue Bahnen bilden, sagt man heute, die Erhaltung zahlreicher Individuen, die sonst dem Tode verfallen wären, würde ein schwächlicheres, für andere Schäden hinfälligeres Geschlecht erwachsen lassen, so daß durch Beseitigung der Auslese eine Degeneration der Gesamtbevölkerung heraufbeschworen würde. Der Streit wurde von der einen Seite der Degenerationstheoretiker mit Abstraktionen, von der anderen Seite (M. Gruber, Prinzing u. a.) mit Tatsachen geführt.[1]) Trotzdem ist eine Verständigung bisher nicht erfolgt. und wie mir scheint, lediglich infolge der verschiedenen Fassung des Streitobjektes. Man muß auch diese Frage nicht qualitativ, sondern quantitativ fassen. Prinzipiell ist die Theorie richtig, daß, wenn der Schutz der Schwachen soweit geht, eine Zahl schwächlichster Existenzen zu erhalten, die Gesamtgesundheit der Bevölkerung Schaden erleidet. Praktisch ist für die heutigen Zustände aber auch die Widerlegung richtig, daß bisher die Maßregeln zur Verminderung der Sterblichkeit die Gesundheit der Gesamtbevölkerung nur verbessert haben. Die Lösung der Streitfrage liegt darin, daß man die Größe der Schädigung in Betracht zu ziehen hat. Eine Schädlichkeit, die von der großen Zahl der Bevölkerung anstandslos überwunden wird und nur etwa dem Leben eines Bruchteils von wenigen Prozenten vermöge deren angeborener oder erworbener ungünstiger Konstitution verhängnisvoll wird, kann indirekt, um das Wort von A. Plötz zu brauchen, selektorisch wirken und die Gesellschaft von belastenden schwächlichen Elementen befreien. Eine Schädigung, die so gefährlich ist, daß sie einen ganz beträchtlichen Bruchteil der Bevölkerung vor Erreichung des der Gesellschaft nützlichen Lebensalters hinwegrafft, ist unter allen Umständen kontraselektorisch und daher eine im Interesse aller zu bekämpfende Gefahr. Gegenwärtig hat zwar die Kindersterblichkeit durch Hebung der Kultur gegen die früheren Jahrhunderte um ein Erhebliches abgenommen, aber sie rechnet doch noch mit so außerordentlich großen Zahlen, daß unter allen Umständen der Kampf gegen deren Ursachen fortgesetzt werden muß, ohne daß man eine Degeneration zu befürchten braucht.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Hrsg. von F. Leppmann. 1906. Nr. 5: F. Kirchberg, Lysolvergiftung und Arzneimittelgesetzgebung. Moser.

---

[1]) Eine ausführliche Darstellung findet sich bei A. Grotjahn, Soziale Hygiene und Entartungsproblem, Soziale Hygiene von Weyl, Jena 1904.

Trauma und Gelenktuberkulose. — Nr. 6: Leppmann, Ein Haarfetischist. Roth, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Durchführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905. Herzfeld, Gutachten betr. den § 6 Abs. 2 des Bahnarztvertrages. Meldepflicht der Bahnärzte bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 7: Schwechten, Die Beförderung von Kranken im Bereiche der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft. Schwartz, Mitwirkung der behandelnden Ärzte bei der Typhusbekämpfung. Köhler, Invalidenrentenstreit bei einem Falle von Lungentuberkulose, kombiniert mit Hysterie. Reitz, von, Geistesschwäche und fraglicher perverser Geschlechtstrieb. — Nr. 8: Revenstorf, Über Nachkrankheiten nach Sturz ins Wasser und Rettung aus Ertrinkungsgefahr, nebst Bemerkungen über den Zusammenhang von Geschwülsten mit Unfällen.

Medizinische Reform. Hrsg. von R. Lennhoff. 1906. Nr. 8: Sayffaerth, Die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft. — Nr. 10: Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. — Nr. 11: Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung (Schluß). — Nr. 13: Berghaus, Ausnutzung verminderter Erwerbsfähigkeit. — Nr. 14: Schwiening, Über Körpergröße und Brustumfang bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen. — Nr. 15: Kluhse, A. Die Gesundheitsverhältnisse bei der Berliner Feuerwehr. — Nr. 16: Die Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen von Londoner Schulkindern. — Nr. 17: M. v. Schulz, Hygienische Vorschriften in Berliner Tarifverträgen.

Medizinische Klinik. Hrsg. von K. Brandenburg. 1906. Nr. 8: E. Kürz, Soziale Hygiene (Fortsetzg.); L. Feilchenfeld, Schule und Infektion. — Nr. 9: E. Kürz, Soziale Hygiene (Schluß). — Nr. 10: J. Bloch, Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise. — Nr. 11: P. Wernicke, Die gegenwärtige Entwicklung des Volksnervenheilstättenwesens in Deutschland; F. Kirchberg, Der ärztliche Versuch am Menschen. — Nr. 12: R. Kutner, Über die Notwendigkeit, psychiatrisch-neurologische Polikliniken an die Irrenanstalten anzugliedern.

Prager Medizinische Wochenschrift. Hrsg. von K. Walko. 1906. Nr. 1: R. Kuh, Über die Gewichtsbehandlung der Skoliose. — Nr. 2 und 3: M. Urban, Zur altvolkstümlichen Therapie der Lungentuberkulose. — Nr. 6 und 7: G. Pick, Die Grundlagen der wirtschaftlichen Organisation. — Nr. 8—10: Über jetzt schon von den Ärzten anläßlich der bevorstehenden Reform der Arbeiterversicherung einzuleitende vorbereitende Schritte. — Nr. 9: Die freie Organisation der deutschen Gemeinde- und Distriktsärzte in Böhmen. — Nr. 10: J. Ekstein, In Angelegenheit der Reform des Sanitätsgesetzes. — Nr. 11: Holitscher, Alkohol und Tuberkulose; Entwurf der Statuten der Freien Organisation der deutschen Distrikts- und Gemeindeärzte Böhmens. — Nr. 12: Holitscher, Alkohol und Tuberkulose (Schluß). — Nr. 16: E. Hoke, Bericht über eine Studienreise nach England.

Der Alkoholismus. Hrsg. von J. Waldschmidt. 1906. Nr. 1: P. v. Grützner, Bemerkungen über die Wirksamkeit, bez. Giftigkeit verschiedener Alkohole, insonderheit des Äthylalkohols; E. Deutsch, Einiges über den Einfluß des Alkohols; B. Laquer, „Der Alkoholverbrauch in den bedeutendsten Kulturstaaten“ von Prof. Struve und Dr. Schulze-Besse nebst Bemerkungen über „Alkoholzahlen“; W. Martius, Goethes Faust und die deutsche Alkoholfrage. — Nr. 2: Beiträge zur Alkoholfrage; B. Laquer, Die Trunksucht und die Haus-

haltung der deutschen Städte; Schäfer, Die Alten und der Alkohol; Dicke, Die Notwendigkeit eines obligatorischen Antialkoholunterrichts in den oberen Klassen der Volksschulen; K. Boas, Wie soll der Alkoholismus im Schulunterricht bekämpft werden?

Hygienisches Centralblatt. Vollständiges internationales Sammelorgan für das gesamte Gebiet der Hygiene unter Leitung von A. Baginsky, P. Frosch, A. Herzberg, F. Löffler, G. Meyer, R. Pfeiffer, B. Proskauer, H. Renk, H. Rietschel, A. Schattenfroh, E. Schill, C. Schilling, A. Schloßmann, H. Schmieden, R. Wehmer hrsg. von P. Sommerfeld. Bd. I Nr. 1, Märzheft 1906.

Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia Criminale e Medicina Legale. Direttori: C. Lombroso, M. Carrara, C. Negro. 1906. Nr. 1 u. 2: Mirabella, I Caratteri degenerativi di 84 delinquenti nati; De Blasio, Sul tatuaggio di prostitute e di pederasti; Montesano e Selvatico-Estense, Rapporti fra i caratteri anomali somatici e l'educabilità dei sensi nei deficienti.

Annalen der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft. Hrsg. von H. Keller. 1905. Heft 1. Statuten, Vorstand, Mitgliederverzeichnis, Traktandenliste und Berichte über die fünf ersten Jahresversammlungen der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. Hrsg. von O. Rapmund. 1906. Nr. 1: Steinkopff, Zur Reform der geburtshilflichen Ordnung in Preußen; R. Thomalla, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem flachen Lande und in kleinen Städten. — Nr. 2: Richter, Das Schließen der Schulen bei ansteckenden Krankheiten. — Nr. 3: Oehmke, Paratyphus oder Typhus? Grassl, Der Einfluß des Geschlechtes auf die Sterblichkeit bei der bayerischen Bevölkerung. — Nr. 4: Walther, Zur Regelung der Wärterinnenfrage. — Nr. 5: Deneke, Einige wichtige Gesichtspunkte der praktischen Gesundheitsverwaltung; Troeger, Die Messungen von 7138 Volksschulkindern polnischer Abkunft zur Ermittlung der erforderlichen Schulbankgröße. — Nr. 6: Rissmann, Alte und neue Wünsche zum preußischen Hebammen-Lehrbuche; v. Ingersleben, Wiederbelebungsversuche bei Neugeborenen und Anwendung des Sublimat als Desinfektionsmittel in der Hebammenpraxis; Lembke, Bemerkungen zu der Abhandlung des H. Prof. Dr. Walther, „Zur Regelung der Wärterinnenfrage“; O. Rapmund, Die diesjährige Beratung des preußischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat. — Nr. 7: Berger, Die Verhinderung der Verbreitung des Keuchhustens; Runge, Rissmann und das preußische Hebammenlehrbuch. — Nr. 8: Springfeld, Über endemische Herde der epidemischen Genickstarre und ihre Bekämpfung; E. Büsing, Eine Diphtherie-Epidemie in einem Hotel.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Im Auftrage der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hrsg. von A. Blaschko, E. Lesser und A. Neisser. 1906. — Nr. 1: B. Marcuse, Zur ambulatorischen Behandlung der Prostituierten; W. Hammer, Vorschläge zur Abänderung des bisherigen Verfahrens der Berliner Sittenpolizei: W. Wechselmann, Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland. — Nr. 2: K. Nötzel, Öffentliche Häuser in Rußland; M. Bruck, Die guten Sitten und der Bordellverkauf; R. Thomalla, Onanie in der Schule, deren Folgen und Bekämpfung. — Nr. 3: K. Nötzel, Öffentliche Häuser in Rußland (Schluß); Japanische Prostitution. — K. Boeck, Die „Schilffelder Japans“. Roux, La

prostitué japonaise au Tonkin; Internationale Enquete über die Beziehungen zwischen Prostitution und Tuberkulose.

Tuberculosis. Hrsg. von G. Pannwitz. 1906. Nr. 2: D. O. Kuthy, Über die Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose in Gefängnissen; Internationale Enquete über die Tuberkulose in Gefängnissen; Stoevesandt, Das Luftkurhaus in Bremen; H. Carrière, La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse. — Nr. 3: Ch. Denison, Some of the limitations to the eradication of tuberculosis: A. Calmette, Verhaeghe et Th. Woehrel, Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxis sociale antituberculeuse; Helm, Über den jetzigen Stand der Behandlung der Lungentuberkulose mit Alt-Tuberkulin. — Nr. 4: The anti-tuberculosis crusade in the United States of America; Philip, De la constitution de dispensaires antituberculeux municipaux et d'une organisation plus complète contre la tuberculose; Beitzke Über Häufigkeit und Infektionswege der Tuberkulose; Fischer, Internationale Enquete über den gegenwärtigen Stand der antituberkulösen Erziehung.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Hrsg. von R. Kutner. 1906. Nr. 7: Ehrlich, Experimentelle Karzinomstudien an Mäusen. — Nr. 8: L. Edinger, Über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten; E. Martini, Malaria (Schluß); S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Hrsg. von M. Pistor und S. Merkel. 1906. Nr. 1: Bericht des Ausschusses über die 30. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Mannheim am 13., 14. und 15. September 1905. — Nr. 2: A. Tenholt, Über die Anchylostomiasis; P. Hesse, Über die Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke; A. Eckert, Das Wöchnerinnenasyl „Luisenheim" in Mannheim; J. Grassl, Die gegenwärtige Tuberkulosenmortalität in Bayern; O. Gerland, Noch einmal der preußische Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse; E. Kempf, Die Reform des Apothekenwesens; Th. Weyl, Über Müllentladestellen in Wohnquartieren; Müller, Erfahrungen der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Stade mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum; O. Schwartz, Die freie Ärztewahl vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege; L. Ascher, Der Kohlenrauch, seine Schädlichkeit und seine Abwehr; Gemünd, Hygienische Betrachtungen über offene und geschlossene Bauweise, über Kleinhaus und Mietskaserne; Die Gesetze betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Hrsg. von A. Ploetz, A. Nordenholz, L. Plate und R. Thurnwald. 1906. März-April-Heft: L. Plate, Darwinismus contra Mutationstheorie; A. Kaiser, Rassenbiologische Betrachtungen über das Masai-Volk; R. Bolte, Uneheliche Herkunft und Degeneration; R. Zimmermann, Die polnische Zuwanderung in das Herzogtum Braunschweig nach den Feststellungen über die Muttersprache in der Volkszählung vom 1. Dezember 1900; A. Ploetz, Ableitung einer Gesellschafts-Hygiene und ihre Beziehungen zur Ethik.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. Hrsg. v. P. Streffer. 1906. Nr. 2: Seiffert, Samariterregeln für die Kinderstube. I. Regeln für die natürliche Ernährung des Säuglings; Düms, Zur zehnten Generalversammlung des Deutschen Charitas-Verbandes; P. Streffer, Spezialärzte und Rettungswesen.

— Nr. 3: W. Kühn, Wiederbelebungsversuche an Ertrunkenen vor 150 Jahren; Korman, Rettungsdienst und ärztliche Sonntagsruhe. — Nr. 5: Düms, Modernes Samariter- und Rettungswesen für das Land; W. Kühn, Der Samariterdienst unserer Vorfahren bei Erfrorenen. — Nr. 6: W. Kühn, Blutungen und Volksaberglaube; Düms, Modernes Samariter- und Rettungswesen für das Land (Fortsetzung).

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 9 u. 10: Aus der Reichsstatistik: Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 11: Die Vorschläge Prof. Mayets zum Umbau der sozialen Versicherung. — Nr. 12: Die Vorschläge Prof. Mayets zum Umbau der sozialen Versicherung.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Hrsg. vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft (A. Manes) 1906. Nr. 1: Gerkrath, Zur Begriffsbestimmung des Unfalls; v. Zwiedineck-Südenhorst, Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung; A. Manes, Eindrücke vom Wiener Arbeiterversicherungs-Kongreß; Engelbrecht, Der Einfluß der Versicherungsdauer auf die Sterblichkeit in der Lebensversicherung. — Nr. 2: F. Zahn, Bedeutung der Volks- und der Berufszählung für das Versicherungswesen; Wagner, Wahrscheinlichkeitsrechnung und Lebensversicherung; Grunow, Über Entstehung und Verschlimmerung von Augenerkrankungen durch Unfälle; Hahn, Zum Entwurf eines Gesetzes über die Hilfskassen.

Die Arbeiter-Versorgung. Hrsg. von J. Troschel. 1906. Nr. 6: H. v. Frankenberg, Der Beginn und das Ende der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung. — Nr. 7: Bazille, Die Einweisung von Invalidenrentenbewerbern in ein Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde; Das finanzielle Ergebnis der Rentenfestsetzung in den Fällen des § 10 Abs. 5 GUVG., des § 13 landw. UVG. und des § 13 See-UVG.; O. Neve, Notstandsarbeiten, ein Zweig kommunaler Arbeitslosenfürsorge. — Nr. 8: F. Kleeis, Arbeitgeber als Gesamtschuldner im Sinne des § 140 IVG.; P. Brunn, Darf der Arzt über die Krankheit des von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Genehmigung der Krankenkasse Auskunft erteilen? — Nr. 9: Hoffmann, Können Streitigkeiten zwischen zwei Ortskrankenkassen über den Beschäftigungsort auf Grund des § 57a KVG. entschieden werden? — Fuld, Die Gesellschaft für Arbeiterversicherung; Laß, Inland und Ausland. — Nr. 10: Zu der Ergründung der Arbeitsverhältnisse in Fällen der Beantragung der Invaliden- oder Altersrente; M. Wagner, Die Versicherung der Hausgewerbebetreibenden. — Nr. 11: Bazille, Die vorsätzliche Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit, insbesondere der Selbstmordversuch in der Invalidenversicherung. — Nr. 12: Die Stellung des Konkursverwalters als Arbeitgeber bez. Unternehmer im Sinne der Arbeiterversicherungsgesetze; G. Hoch, Zu § 69 Abs. 3 des GUVG.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. Hrsg. von H. Seelmann. 1906. Nr. 4: Der Entwurf eines Gesetzes über die Hilfskassen; v. Frankenberg, Die Reform der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung. — Nr. 5: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Kritikus, Praktische Versicherungsreform; G. Thomas, Ärztliche Gedanken über Abänderung unserer sozialpolitischen Gesetze; H. Seelmann, Die Stellung der Berufsgenossenschaften zur Reform der Arbeiterversicherung. — Nr. 6: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Der Etat des Reichsversicherungsamts im Reichstage; F. Kleeis, Bescheinigungen über ungültig gewordene Quittungskarten; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der

deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 7: A. Elster, Wohnungsreform und Versicherungsgedanke beim Schutz der Heimarbeiter; M. Fürst, Kurze Mitteilung über die Krankenversicherung der Hamburgischen Dienstboten; M. Güldenberg, Ersatzpflicht des Arbeitgebers bei unterlassener Verwendung von Beitragsmarken; H. Seelmann, Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherungsgesetze; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 8: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; Haeseler, Die letzten Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen; Sayffaerth, Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung.

Kommunale Praxis. Hrsg. von A. Südekum. 1906. Nr. 7: H. Lindemann, Wohnungsfrage und Arbeiterschaft. — Nr. 8—10: Effler, Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung. — Nr. 11: O. Uhlig, Dienstboten-Krankenversicherung in Dresden. — Nr. 12: H. Goldstein, Ein Wassergesetz für das Königreich Sachsen; Die Hygiene des Schulzimmers. — Nr. 13: E. Fischer, Freisinnige Kommunalpolitik; Die agrarische Zernierung der deutschen Großstädte. — Nr. 14: H. Lindemann, Wertzuwachssteuer. — Nr. 16: O. Uhlig, Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen. — Nr. 17: W. Kolb, Reform der Gemeindeverfassung in Baden; E. Fischer, Versorgungskasse für staatliche Angestellte und Arbeiter in Hamburg: O. Zielowski, Städtische Beamten- und Arbeiterfürsorge in Frankfurt a. M.

Volkswirtschaftliche Blätter. Zugleich Mitteilungen des Deutschen volkswirtschaftlichen Verbandes. 1906. Nr. 5: Sundermann, Neue Bestrebungen zur Methodologie der Wirtschaftsforschung; Krueger, Bemerkungen zu Ehrenbergs Methode exakter Wirtschaftsforschung.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

v. Finckh, Handlexikon der sozialen Gesetzgebung. Berlin 1906. Alfred Unger. (7,00 M.). — **O. Caspari,** Die soziale Frage über die Freiheit der Ehe. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländer's Verlag. (2,50 M.). — **G. Meyer,** Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche. III. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch. Jena 1906. Gustav Fischer. (14,00 M.). — **M. Lischnewska,** Die geschlechtliche Belehrung der Kinder. Separatabdr. aus „Mutterschutz“ I. Jahrg. Heft 4.5. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländer's Verlag. — **Th. v. Greyerz,** Bildung und Unterhaltung in Volksheilstätten. Sonderabdr. aus dem „Jahrbuch der Fürsorge“. Dresden 1906. O. V. Böhmert. — **Grüllich,** Ärztliche Hilfe. Kranke und Krankenkassen auf dem Lande. Ein Beitrag zur freien Arztwahl. Krankenkassen-Bibliothek Heft V. Frankfurt a. M. 1906. Verlag des Reformblatt für Arbeiterversicherung. — **W. Küttner,** Das Risiko der Lebensversicherungs-Anstalten und Unterstützungskassen. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft VII. Hrsg. von A. Manes. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **Die Versicherung der Aufsichtsrathaftpflicht.** Berichte erstattet in der Versammlung der Abteilg. f. Versicherungsrecht und Versicherungswirtschaft am 21. Februar 1906 von Georgii, Kahlert und Warschauer. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft VIII. Hrsg. von A. Manes. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **R. Gollmer,** Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. (Auf Grund der Beobachtungen von 1829—1896.) Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft IX. Hrsg. von A. Manes. Berlin

1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft** (E.V.) zu Berlin. Satzungen. Bericht über das Jahr 1905. **Mitglieder**-Verzeichnis. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — **W. Schallmayer,** Beiträge zu einer Nationalbiologie. Jena 1905. H. Costenoble.

Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 15. Juli 1906.

Die Soziale Medizin steht nach wie vor im Zeichen der geplanten Reform der deutschen Versicherungsgesetzgebung. Leider hat sich die Hoffnung, daß die Reichsregierung die Vorbereitung zu dieser Reform im Rahmen einer großen sowohl von unparteiischen Sachverständigen als auch von Vertretern der Interessentengruppen zusammengesetzten Kommission treffen würde, bis jetzt nicht erfüllt. Diese Stimmen sind daher genötigt, sich in der Presse und in besonderen Diskussionen der wissenschaftlichen Vereine Gehör zu verschaffen. Von diesen Erörterungen sind unstreitig am hervorragendsten die, die im Schoße der Berliner Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik gepflogen worden sind.[1] Sogar eine besondere Vereinsgründung ist im Hinblick auf die von der Reichsregierung angekündigte Reform der Arbeiterversicherung ins Leben getreten, nämlich eine „Gesellschaft für Arbeiterversicherung“, die von dem auf dem Gebiete des sozialen Versicherungswesens publizistisch hervorragenden H. von Frankenberg[2]) gegründet wurde und sich durch Ortsgruppen über das ganze Reich auszudehnen bestrebt ist.

Die Ortsgruppe Berlin des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes der Ärzte Deutschlands hat sich ein Verdienst dadurch erworben, daß sie auf Anregung des jüngst verstorbenen W. Becher unter der Leitung von R. Lennhoff und A. Peyser ein Seminar für Soziale Medizin ins Leben gerufen hat, dessen erster Unterrichtszyklus über „die staatliche Invalidengesetzgebung in Theorie und Praxis“ eine starke Beteiligung erreichte. Es nahmen teil

---

[1]) Siehe die Verhandlungen der Gesellschaft in diesem Heft.

[2]) Siehe Heft 2 dieser Zeitschrift S. 141.

insgesamt 300 Personen, in der Hauptsache Ärzte aus Berlin und Umgegend, 25 ältere Studierende und Medizinalpraktikanten und einige 20 Angehörige anderer Berufskreise, hauptsächlich Beamte des Versicherungswesens. Die Vorträge und Besichtigungen erfreuten sich stets eines regen Besuches; an den seminaristischen Übungen, die in kleinen Kreisen von 6—12 Personen durch praktische Ärzte vorgenommen wurden, beteiligten sich insgesamt 130 Herren. Die Errichtung derartiger Übungskurse ist eine Notwendigkeit, die auch in anderen Städten zur Nachahmung drängen wird. Daß eine Interessentengruppe wie der Leipziger wirtschaftliche Verband diese Einrichtung getroffen hat, ist erfreulich. Erfreulicher aber würde es sein, wenn derartige seminaristische Übungen über das soziale Versicherungswesen endlich auch dort eingerichtet würden, wo doch noch immer der Hauptsitz der wissenschaftlichen Lehrtätigkeit sich befindet: an den Universitäten.

Die Soziale Hygiene kann nicht achtlos an der Tatsache vorübergehen, daß bei den jüngst in Athen abgehaltenen olympischen Spielen die Vertreter der deutschen Turnerschaft nicht den Erwartungen entsprochen haben, sondern hinter den angelsächsischen und skandinavischen Delegierten an Leistungen erheblich zurückstanden. Denn die Hygiene interessiert sich nicht nur für die Abwehr der dem Körper drohenden Schädlichkeiten, sondern muß sich auch im positiven Sinne für die Erzielung größtmöglicher physischer Leistungsfähigkeit bemühen. Es muß daher auch an dieser Stelle die Frage aufgeworfen werden, ob das Zurückbleiben unserer Nation in Höchstleistungen auf dem Gebiete der Leibesübungen, wie es jetzt wieder in Athen in Erscheinung trat, als ein Zeichen körperlicher Minderwertigkeit oder — wofür größere Wahrscheinlichkeit besteht, — als eine Folge der anscheinend in turnerischen Kreisen unausrottbaren Unsitte, neben den Leibesübungen auch dem exzessiven Alkoholgenuß zu fröhnen, anzusehen ist. Dagegen ist auf einer anderen Seite des nationalen Lebens ein sozialhygienischer Fortschritt mit Freuden zu begrüßen. Die Tagung, die die „Deutsche Gesellschaft für Volksbäder" unter dem Vorsitz von O. Lassar in Worms jüngst abgehalten hat, zeigt, daß auf dem Gebiete des Badewesens in Deutschland nicht zum wenigsten infolge der rührigen Tätigkeit dieser Gesellschaft Fortschritte gemacht sind, die man noch vor Jahrzehnten nicht für möglich gehalten hätte. Der Erfolg, den die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder errungen hat, ladet dazu ein, sie als ein Musterbeispiel für einen der wichtigsten Sätze der Sozialen Hygiene zu

verwenden. Soziale Hygiene bedeutet die Verallgemeinerung hygienischer Kultur. Soll nun eine hygienische Maßnahme, wie in unserem Beispiele also die Reinigung des Körpers durch ein Bad, verallgemeinert werden, so ist zunächst der sozialhygienische Typus, in der die Maßnahme verallgemeinert werden kann, festzustellen. Der leitende Gesichtspunkt ist hierfür Erreichung des hygienischen Zweckes unter Aufwendung der geringsten Mittel. In unserem Falle ist dieser Typus das von O. Lassar so warm befürwortete Brausebad, das den Zweck der körperlichen Reinigung vollständig erfüllt und dessen Verabreichung am wenigsten Kosten verursacht. Das Verdienst der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder ist es, immer wieder die Verallgemeinerung dieses rationellen Typus propagiert zu haben. Auch hier hat sich ja häufig die Tendenz gezeigt, den zweckmäßigen Typus zugunsten üppiger großer Volksbäder, die mit allen Feinheiten des Hallenbades ausgerüstet sind, hintenan zu stellen. Glücklicherweise hat diese Tendenz jedoch niemals die Oberhand gewonnen. Auch bei der soeben stattgehabten Wormser Tagung stand die sozialhygienisch so wichtige Frage des „Dorfbades“ im Vordergrunde des Interesses. Es wäre zu wünschen, daß das sozialhygienische wichtige Gesetz von der Ausbildung und Festhaltung des billigsten Typus einer hygienischen Maßnahme und von der Bevorzugung der Extensität vor der Intensität einer zu verallgemeinernden hygienischen Einrichtung auch in anderen Zweigen hygienischer Obsorge mehr Beachtung fände. So ist es gewiß kein Zufall, daß die Bewegung zur Errichtung von Lungenheilstätten gerade zu einer Zeit abflaute, in der man so luxuriöse und in Bau und Betrieb so teure Anstalten in die Welt setzte, daß man alle mit bescheidenen Mitteln arbeitenden Faktoren vom Bau von Lungenheilstätten abschreckte. Auch die so schöne Bewegung zur Errichtung von Walderholungsstätten, die sich bei Beschränkung auf einen bescheidenen Rahmen mit ganz geringen Mitteln ins Unbegrenzte verallgemeinern ließe, ist auf einem falschen Wege, wenn sie den Typus der Tageserholungsstätte verläßt und durch Angliederung einer mit Betten versehenen Station die Erholungsstätte verteuert und sie in minderwertige Krankenhäusern umwandelt. Man sieht, das sozialhygienische Grundgesetz: man suche den verallgemeinerungswürdigen Typus einer hygienischen Einrichtung und halte an ihm fest, ohne seine Extensität durch Verfeinerung zu beschränken — läßt sich nicht ungestraft übertreten. Das ist insofern erfreulich, als dadurch die Notwendigkeit einer Theorie der

Sozialen Hygiene, die der sozialhygienischen Praxis feste Normen liefert, auch jenen eingeprägt wird, die die Notwendigkeit einer solchen Theorie bisher bezweifelt haben.

Die Medizinalstatistik hat den Tod zweier Statistiker von Bedeutung zu beklagen, die, obwohl Nichtmediziner, doch der Medizinalstatistik ein besonderes Interesse entgegenbrachten. Am 22. Juni starb E. Hirschberg, Direktor des statistischen Amtes der Stadt Berlin, im 47. Lebensjahre; um die Einführung des neuen Todesursachenschemas, das jetzt in Deutschland allgemein im Gebrauch ist, hat E. Hirschberg sich besondere Verdienste erworben; unter seiner Leitung ist in das statistische Amt der Stadt Berlin zum ersten Male ein Medizinalstatistiker von Fach berufen worden. Am 23. Juni starb im 62. Lebensjahre J. Körösy, der Direktor des kommunalstatistischen Bureaus der Stadt Budapest, bekannt als Verfasser zahlreicher Arbeiten über Mortalität, Fruchtbarkeitsziffer und andere demographische Daten der ungarischen Statistik.

A. Grotjahn.

Die Mutterschaftsversicherung im Rahmen des sozialen Versicherungswesens.

Von Professor Dr. P. Mayet, Berlin.

In einem am 1. März d. J. in der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik gehaltenen Vortrag „Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung“ habe ich eine Eingliederung der Mutterschaftsversicherung in die soziale Versicherung vorgeschlagen mit vier Leistungen:

1. Unterstützung der Schwangeren auf 6 Wochen, und
2. der Wöchnerinnen auf weitere 6 Wochen, beides in Höhe des Krankengeldes,
3. freie Gewährung der Hebammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden, sowie ferner
4. von Stillprämien in Höhe von 25 Mark an diejenigen Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen und von weiteren 25 Mark an solche, die nach einem vollen Jahr noch stillen.

Die Begründung meines Vorschlages konnte bei der knappen Zeit, die für einen Vortrag zur Verfügung steht, nur eine kurze und andeutungsweise sein. Die Herausgeber dieser Zeitschrift haben bei der Wichtigkeit des Gegenstandes mir gestattet, hier nachträglich eine eingehendere Begründung zu erbringen.

I. Das Einsetzen der Unterstützung schon vor der Geburt mit den letzten Wochen der Schwangerschaft findet seine Begründung nicht sowohl darin, daß es den Hochschwangeren schwer fällt, den Arbeitspflichten zu genügen, sondern vielmehr darin, daß schwere Erwerbsarbeit kurz vor der Geburt die Mutter gesundheitlich schädigt und das Kind schon vor der Geburt schwächt.

Nach Dr. med. Leppmann, Berlin, betrug[1]) das Durchschnitts-

---

[1]) Vgl. Korrespondenzblatt der Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands vom 16. Dezember 1905, S. 819.

gewicht der Kinder von 391 Erstgebärenden, die bis zur Entbindung arbeiteten, 2931 g, das der Kinder von 298 Erstgebärenden, die 2 bis 3 Monate vorher die Arbeit aufgegeben hatten, 3291 g. Der schwächende Einfluß und die konstitutionelle Schädigung durch die unzeitgemäße Weiterführung der Erwerbsarbeit tritt klar zutage. Hierin dürfte ein genügender Antrieb liegen, die Schwangerenunterstützung, welche in dem gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetz eine fakultative Mehrleistung der organisierten Krankenkassen ist und welche in der Gemeindekrankenversicherung überhaupt nicht vorkommt, zu einer allgemeinen gesetzlichen Leistung zu machen.

II. Die Gewährung von Wöchnerinnenunterstützung ist gegenwärtig in der Krankenversicherung obligatorisch nur für Orts-, Betriebs (Fabrik)-, Bau- und Innungskrankenkassen.

Der Umfang der Leistung ist in der von mir vorgeschlagenen Organisation der sozialen Versicherung in zwei Hinsichten erweitert:

1. Der Kreis der Personen, denen diese Versicherung zugute käme, ist ein ganz erheblich größerer; während in der jetzigen Krankenversicherung 10 bis 11 Millionen Mitglieder mit einigen wenigen Millionen mitversicherter Familienangehöriger sich befinden, werden nach dem durchgeführten Umbau der sozialen Versicherung gegen 20 Millionen Mitglied sein und wird sich die Familienangehörigenunterstützung auf weitere 20 Millionen Personen erstrecken. Diese Vergrößerung des Personenkreises der obligatorischen (Schwangeren- und) Wöchnerinnenunterstützung bedeutet weit mehr als eine Verdoppelung, weil jetzt innerhalb der Krankenversicherung 1½ Millionen in der Gemeindekrankenversicherung Versicherte ganz und 0,9 Millionen bei den Hilfskassen Versicherte fast ganz bei dieser Unterstützungsform ausfallen und die obligatorische Wöchnerinnenunterstützung sich voll nur auf weibliche „Mitglieder“ erstreckt, aber immerhin noch gebunden ist an die Voraussetzung, daß die zu Entbindende mindestens 6 Monate hindurch Mitglied einer Krankenkasse gewesen sei. Die 12 Wochen dauernde Vollunterstützung in Höhe des Krankengeldes bei Niederkünften der Ehefrauen von Kassenmitgliedern ist noch eine ungemein seltene; die Teilunterstützung erstreckt sich meistens nur auf die Gewährung von Arzt, Hebamme und Arznei. Auch ist diese Art der „Angehörigen“-unterstützung eben auf die Ehefrauen beschränkt.

Mein Vorschlag geht sehr viel weiter, da er in die soziale

Versicherung die gesamte Arbeiterschaft der Industrie, des Handwerks, der Landwirtschaft, der Heimarbeit, der Hausindustrie und die Dienstboten einbezieht und die Unterstützung nicht auf die „Mitglieder“ oder die Ehefrauen beschränkt, sondern sie auch den Familienangehörigen erwiesen sehen will. Er stellt alle Geburten in zwei Drittel der Bevölkerung des Deutschen Reiches unter den hygienisch wohltätigen Einfluß der Versicherungsgesetzgebung.

2. Die Bemessung der Unterstützung ist erweitert: die Unterstützung der Schwangeren und Wöchnerinnen wird aus mehreren Gründen nach meinem Vorschlage reichlicher als bisher unter dem Krankenversicherungsgesetz ausfallen; denn alle meine Berechnungen ziehen in Betracht, daß auch für Sonn- und Feiertage Unterstützung gezahlt wird und berücksichtigen ferner, daß nach wirklichem Arbeitsverdienst, nicht nach dem wohl meist niedrigeren ortsüblichen Arbeitslohn das Krankengeld bzw. der Unterstützungsbetrag bemessen wird.

Ein gewisser Unterschied zwischen den weiblichen Mitgliedern und weiblichen Angehörigen in der Höhe der Leistungen der Kasse ergibt sich von selbst. Für das weibliche Mitglied steht der Betrag seines Krankengeldes fest, für die Angehörige nicht. Für die Höhe der betreffenden Unterstützung an Angehörige muß die Höhe desjenigen Krankengeldes, auf welches das eigentliche Mitglied, zu dessen Familie die Angehörige zählt, Anspruch hat, maßgebend sein, in dem Sinne etwa, daß die angehörige Schwangere und Wöchnerin die Hälfte dieses Krankengeldbetrages bezieht.

Diese Unterstützung der Angehörigen wird hauptsächlich den Ehefrauen der Mitglieder zugute kommen. Alle Rücksichten auf den Familienhaushalt lassen es wünschenswert erscheinen, daß die Hochschwangere möglichst wenig auf Außenarbeit hinausgehe, und daß sie und das Kind, welches sie unter dem Herzen trägt, nicht den Schädigungen des Erwerbslebens ausgesetzt werden. Aus den gegenwärtigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes erfolgt häufig gerade das Gegenteil; sie treiben wohl manche Arbeiterfrauen gerade in die Fabrik und das Außenerwerbsleben, um sich dadurch in ihrer Wöchnerinnenzeit eine Unterstützung zu verschaffen. Die eigene Kassenmitgliedschaft wird von der jetzigen Krankenversicherungsgesetzgebung unter rein kassenfiskalischem Gesichtspunkt gefordert; die Schwangere soll mindestens 6 Monate Beiträge geleistet haben. Der Standpunkt der sozialen Versicherungsgesetzgebung in der Frage der Unter-

stützung der Schwangeren und Wöchnerinnen sollte ein höherer als der rein kassenfiskalische sein. Im Allgemeininteresse liegt es, Gebärerin und Kind gesund zu erhalten. Nicht nur der einzelnen Arbeiterfamilie Gedeihen und Fortkommen hängt von der Gesundheit der Hausmutter ab, sondern von der körperlichen und geistigen Entwicklung des kommenden Geschlechts in Zukunft die Widerstandskraft der Arbeiter gegen Krankheit, die Produktivität der Volkswirtschaft und die Wehrfähigkeit der Nation.

Ich bin in meinen Unterstützungsvorschlägen nicht so weit gegangen, wie eine Petition des „Verbandes fortschrittlicher Frauenvereine", welche dieser an das Reichsamt des Innern im Juni 1905 richtete. Er verlangt eine staatliche Mutterschaftsversicherung, welche den „Lohnausfall" deckt. Ebenso wurde in einer Versammlung des „Bundes für Mutterschutz" am 5. März 1906 in Berlin die Forderung gestellt und angenommen, daß die Unterstützung während der Dauer der gesetzlichen Arbeitsruhe mindestens die volle Höhe der ortsüblichen Löhne erreichen solle. Hier ist also an die Stelle des Krankengeldes, d. i. des halben Lohns und seiner mit den Versicherungsjahren steigenden Zuschläge, der volle Lohn gesetzt. Die Frauen, die in der Frauenbewegung stehen, argumentieren, das Krankengeld in halber Höhe des Lohnes rechtfertige sich in der Krankenversicherung hauptsächlich aus dem Gesichtspunkt der Verhütung der Simulation, bei Schwangeren und Wöchnerinnen aber sei Simulation dem Arzt gegenüber ausgeschlossen. Bei den gesteigerten Ausgaben der Wöchnerinnenzeit empfehle sich ein höherer Unterstützungsbetrag als nur der des halben Arbeitsverdienstes.

Sehen wir, was diese Mehrforderung der Frauen bedeutet.

Die Schätzung des Aufwandes für Schwangere und Wöchnerinnen kann in folgender Weise vorgenommen werden: die erweiterte soziale Versicherung umfaßt 39,6 Millionen Personen; 36 Geburten einschließlich der Totgeborenen durchschnittlich auf 1000 Einwohner gerechnet, ergibt 1 425 600 Geburten jährlich; auf jede Geburt 6 Wochen Schwangerschafts- und 6 Wochen Wöchnerinnenunterstützung gerechnet, ergibt 17 107 200 Unterstützungswochen; den Wochendurchschnittslohn der Frau mit 11,20 M. angenommen, ergibt, wenn der halbe Lohn als Unterstützung gezahlt wird, 5,60 M. pro Woche (= 80 Pfg. pro Tag, die Sonntage mitgezählt). Für 17 107 200 Unterstützungswochen der Schwangeren und Wöchnerinnen sind dann 95,8 Millionen M. einzusetzen, wie in meinen Berechnungen geschehen.

Wird nach obigen Wünschen der Frauen der Durchschnittsbetrag von 80 Pfg. verdoppelt, so treten noch einmal 95,8 Millionen M. als Kosten für diese Teile der Mutterschaftsversicherung hinzu.

Der Bund für Mutterschutz verlangt außerdem „eine Ruhezeit von mindestens acht Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung“, zusammen also für 16 statt 12 Wochen Unterstützung. Diese Verlängerung der Unterstützungszeit um 4 Wochen oder um ein Drittel der bisher in Ansatz gebrachten Unterstützungsdauer würde etwa mit $95,8 \times 2 \times {}^1/_3 = 63,9$ Millionen M. Kosten in Anschlag zu bringen sein.

3. Die Honorare der Ärzte sind von mir bei der Mutterschaftsversicherung nicht besonders berechnet, da die ärztlichen Dienste innerhalb der sozialen Versicherung mit einem Pauschalhonorar bedacht sind.

4. Die freie Gewährung der Hebammendienste an jede Schwangere der Kassenbevölkerung empfiehlt sich hygienisch. Nach dem im Königreich Sachsen üblichen Satz des Hebammenhonorars — 10 M. — sind für 1 425 600 Geburten 14,3 Millionen M. Hebammengebühr von mir eingesetzt. Gegenwärtig sind die freie Gewährung der Hebammendienste und die freie ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden lediglich „zulässige“ statutarische Erhöhungen und Erweiterungen der Leistungen der Krankenkassen.

Von der engeren Befassung der Organe der sozialen Versicherung mit dem Personal des Hebammendienstes wäre die Ausmerzung mancher hier zutage liegender Schäden und hiermit eine tiefgreifende Hebung der Volksgesundheit zu erwarten. „In den ärmeren Schichten, wo sich die Geburten meist ohne Arzt vollziehen,“ sagt Hutzler[1], „nimmt die Hebamme, besonders wenn es sich um Erstgebärende handelt, eine autoritative Stellung ein. Ihr Rat gilt der Frau in ihrer geschwächten Willenskraft als unantastbare Wahrheit und mit ihm nahen dem jungen Kinde oft Schädigungen zu einer Zeit, in welcher es am empfindlichsten ist. — Jeder Arzt, der in einer Kinderpoliklinik tätig ist, hört täglich von falschen Ratschlägen der Hebammen. Speziell unsere Hauptsorge, das Stillen der Mütter, erfährt durch sie nicht die wünschenswerte Förderung. Bald halten sie es nicht der Mühe wert, ein Kind für die sechs oder acht Wochen, bis die Mutter wieder in die Arbeit geht, an die Brust zu gewöhnen, bald erklären sie die

---

[1]) Hutzler-München, Säuglingssterblichkeit und Hebammen. Verhandl. der 22. Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde in Meran 1905.

Frau für zu jung oder zu blutarm, oder das Kind für zu schwach, bald wieder lassen sie, wenn ein Kind einmal ein paar Tage unruhig ist . . . . ., ganz ohne Not abstillen. Ähnlich schlecht sind ihre Ratschläge über künstliche Ernährung, die sie viel zu dünn, und dafür viel zu oft und reichlich geben lassen. Und wenn wir die Frauen fragen, warum sie mit dem Brechdurchfall oder der eiterigen Otitis so spät zum Arzt kommen, so hören wir gar zu häufig: die Hebamme hat gesagt, das macht nichts, das hat jedes Kind einmal. — Escherich stellt bei seinen Erhebungen über die Gründe unterlassenen Stillens fest, daß in 16 % der Fälle ein Verschulden der Hebamme vorlag." Hutzler selbst fand bei eigener Untersuchung 24 von hundert Kindern durch Pflichtverletzungen der Hebammen geschädigt. Wende er seine Zahlen, sagt er, auf die jährlich zwei Millionen Geburten lebender Kinder in Deutschland an, so ergebe sich, „daß jedes Jahr ungefähr 480000 Säuglinge durch den Rat der Hebamme an Leben und Gesundheit bedroht werden". Seine Statistik ergebe gleichfalls, „daß es im allgemeinen immer dieselben Hebammen sind, die Schaden stiften".

Welch ein Segen wäre es, wenn da die sichtende siebende Hand der vom Vertrauensarzte beratenen und von ihrer Kassenstatistik geleiteten Kassenvorstände eingriffe! Gut honorierte „Kassenhebammen", in kündbarem Vertrag stehend, nicht angestellt, um die Hebammendienste billiger, sondern um sie besser zu erhalten — das muß die Losung sein. Solche Hebammen, die kein Verständnis für die Asepsis zeigen, unsaubere Personen, die an der eigenen Wäsche, an Kleiderwechsel und Bädern sparen, die aus Dummheit und Vorteil oder aus Bequemlichkeit, weil der Hebamme die natürliche Ernährung viel mehr Arbeit macht, oder beeinflußt „durch die Zuwendungen seitens gewisser Unternehmer, die Kindernährmittel fabrizieren"[1]) ohne Not zur künstlichen Ernährung raten, würde man bald aus Kassenpraxis zu entfernen wissen.

Da es nach einer Zählung am 1. April 1898 37025 Hebammen im Deutschen Reich gab[2]) können Verbesserungen der Hebammen-

---

[1]) Von Schloßmann-Dresden in der Diskussion der 22. Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde erwähnt. Herr Backhaus-Berlin erwiderte darauf: „Herrn Schloßmann und Herrn Siegert muß ich erwidern, daß ich für die geschäftlichen Verhältnisse der Kindermilchbereitung nach meinen Vorschlägen nicht verantwortlich bin. Die einzelnen Anstalten sind ganz selbständige Unternehmungen, die von einer Zentrale nur die allgemeine Förderung, die Her-

lehrbücher und Änderungen im Ausbildungs- und Prüfungssystem nur sehr langsam helfen; aller Theorie gegenüber werden die eingewurzelten üblen Gewohnheiten und Vorurteile der Schädlinge unter den Hebammen sich immer wieder zur Geltung bringen und es wird lange dauern bis sie ausgestorben sind. Durch die Auswahl von ca. 300 Hebammen auf den Kassenbezirk oder von ca. 24 000 Hebammen auf die ca. 80 Kassenbezirke, durch ihre systematische Attachierung an Vertrauensärzte, Geburtshelfer und Kinderärzte (nach dem mecklenburgischen System Schatz-Rostock) zu ihrer Anleitung, Belehrung und Beaufsichtigung kann aber sehr wohl gerade für die ärmeren Schichten, im ganzen für zwei Drittel der Bevölkerung, für die Säuglinge ein wirksamer Schutz bei den Gefahren der Geburt und der ersten Lebensmonate geschaffen werden.

5. Die Forderungen des „Bundes für Mutterschutz" gehen noch weiter; er fordert ganz allgemein „freie Hauspflege", also für jede Wöchnerin. Das geht m. E. zu weit. Sie ist einerseits (vorläufig) unausführbar, da ein so zahlreiches Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht, andererseits ist die allgemeine Gewährung der Hauspflege in allen den Fällen unnötig, in denen die Mutter, Schwiegermutter, Tochter, Freundinnen helfend eingreifen können. Die im Einzelfall fakultative Gewährung von Hauspflege, nicht

---

stellungsanweisungen und wissenschaftliche Kontrolle empfangen und dafür eine geringe Abgabe entrichten" (Verhandlungen, S. 46). — In seinem eigenen Vortrage „Fortschritte der Milchgewinnung und Kindermilchbereitung" sagte Herr Backhaus (S. 40): „Die Zahl von über 150000 Säuglingen, die bis jetzt mit der nach meinen Vorschlägen hergestellten Kindermilch erfolgreich ernährt wurden, ist wohl ein besserer Maßstab, als einzelne Analysen und theoretische Betrachtungen. Eine Enquête über die Sterblichkeit der mit Backhausmilch ernährten Säuglinge ergab, daß dieselbe nicht mehr als 50 von 1000 durchschnittlich betrug." Herr Rey-Aachen fragte darauf in der Diskussion (S. 45), „wie Herr Backhaus die statistischen Nachrichten über die angegebene geringe Sterblichkeit der mit Backhausmilch ernährten Kinder erreicht habe. Ihm sei im Gegenteil bekannt, daß eine große Zahl der mit Backhausmilch ernährten Kinder an einer gerade der Ernährung mit Backhausmilch eigentümlichen Darmerkrankung zugrunde gehe". — Aus den „Verhandlungen" ist nirgends ersichtlich, daß Herr Backhaus auf diese Anfrage hin Aufschluß über seine Statistik gegeben habe. — Herr Schloßmann-Dresden warnte ganz besonders vor der Verwendung der sog. Backhausmilch, „durch die das größte Unheil in vielen Fällen angerichtet werde". Auch Herr Salge-Berlin erklärte die Rackhausmilch für „überflüssig, weil oft schädlich". Um so bedauerlicher ist die Praktik der Geldzuwendungen an Hebammen durch Backhausmilch-Filialen!

[2]) Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1900, S. 218 u. 219.

nur bei Niederkunftsfällen, sondern überhaupt bei Krankheit der Hausfrau, falls die Umstände es dringend erheischen, gehört zu den von mir vorgesehenen gesetzlichen Leistungen der Versicherung, über deren Gewährung der Kassenvorstand Beschluß zu fassen haben wird. Solche — in das Ermessen des Vorstandes gestellte Erhöhungen und Erweiterungen der Leistungen im Einzelfalle kommen auch im gegenwärtigen Krankenkassenwesen vor (z. B. die Bewilligung von Badekuren).

6. Die Aufnahme von Stillprämien in den Rahmen der sozialen Versicherung wird in der Krankenkassenzeitung „ein fremdes Reis am Baume der Arbeiterversicherung“ genannt. „Die noch so intensive und berechtigte Agitation unserer Frauenrechtlerinnen kann uns (die Deutsche Krankenkassenzeitung) nicht von der Ansicht bekehren, daß die Stillprämie außerhalb des natürlichen Rahmens der Zwangsversicherung liegt.“

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes möge eine ausführliche und sogar weit ausholende Begründung der Sache gestattet sein.

Unter den zahlreichen degenerierenden Einflüssen, welche in der Gegenwart in gesteigertem Maße an der Kraft und Gesundheit des Volkes zehren, ist einer der verderblichsten die um sich greifende Gepflogenheit, dem Säugling die Mutterbrust zu versagen. Aus den Fortschritten der Chemie droht hier dem Bestande der Volkskraft Verderben. Die Logik der Natur will, daß jedes Tier von seiner Art gesäugt werde.

„Wenn man die Milch eines Tieres eintrocknet und dann zu Asche verbrennt, und wenn man ebenso das ebengeborene Junge desselben Tieres durch Verbrennen in Asche verwandelt, dann findet man, daß die Milchasche dieselbe Zusammensetzung hat wie das neugeborene Tier, das mit dieser Milch ernährt werden soll. Die Zusammensetzung der Milch ist noch in einer anderen Beziehung eine für jedes Tier verschiedene. Die Milch des Kaninchens z. B. enthält siebenmal soviel Eiweis wie die des Menschen. Trocknet man beide Milcharten ein und verbrennt man sie zu Asche, dann bekommt man aus Kaninchenmilch zwölfmal soviel Asche als aus Menschenmilch. Weshalb ist die Kaninchenmilch um soviel eiweißreicher und aschenreicher als die Menschenmilch? Weil die Milch desjenigen Tieres am nahrungsreichsten ist, dessen Junges am schnellsten wächst. Das neugeborene Kaninchen hat bereits in sechs Tagen ein doppeltes Gewicht erreicht, während das menschliche Neugeborene zu seiner Gewichtsverdoppelung zirka sechs Monate braucht. Ähnlich ver-

hält es sich mit der Zusammensetzung der Kuhmilch im Vergleich mit der Menschenmilch. Das neugeborene Kalb hat bereits nach anderthalb Monaten sein doppeltes Gewicht erreicht. Darum ist die für das Kalb bestimmte Kuhmilch viel nährstoffreicher als die menschliche Milch. Die Kuhmilch enthält mehr als doppelt soviel Eiweiß und $3^1/_2$ mal soviel Asche wie die Menschenmilch. Deshalb muß Kuhmilch, wenn sie jungen Kindern als Nahrungsmittel gegeben wird, verdünnt werden. Trotzdem ist die Kuhmilch, namentlich für Kinder, nur ein Notbehelf und kann die Muttermilch nicht völlig ersetzen. Das liegt, wie man jetzt weiß, daran, daß die Milch eines jeden Tieres Stoffe enthält, die dieser Tiergattung eigentümlich sind. Die Eigentümlichkeit der menschlichen Milch besteht darin, daß sie Schutzkörper gegen bestimmte menschliche Krankheiten enthält, die in der Kuhmilch nur in geringem Maße vorhanden sind. Diese Schutzstoffe finden sich nur in roher Milch. Wird die Milch aufgekocht, dann gehen diese Schutzstoffe zugrunde.“ [1])

Der Privatdozent Seiffert in Leipzig hat, wie ich schon in der Gesellschaft für Soziale Medizin am 17. Mai d. J. erwähnte, durch Tierversuch einen neuen wichtigen Beweis geschaffen, wie wichtig für die animalischen lebenden Wesen die Ernährung durch die Milch der gleichen Gattung ist. Er nahm einen Wurf von drei Zicklein, ließ dem schwächsten der Tierchen das Euter der Ziege, gab dem mittelstarken Tierchen ungekochte Kuhmilch und dem stärksten der Jungen gekochte zur Nahrung. Am besten gedieh das Tierchen mit Ziegenmilch; an Gestalt klein und von ruppigem Aussehen blieb das mit gekochter Kuhmilch ernährte. Die drei Tiere ließ er später von demselben Bock belegen und setzte in der zweiten Generation das Experiment fort. Hier war ersichtlich das in der zweiten Generation mit gekochter Kuhmilch ernährte Tier kümmerlich und weit rückständig gegen die beiden anderen, unter welchen das mit Ziegenmilch ernährte, vortrefflich, das andere mittelmäßig aussah. Interessant ist nun, daß bei dem Begattungsversuch das mit gekochter Milch genährte Tier den Bock ablehnte und unter ihm zusammenbrach, während die beiden anderen ihn annahmen.

Herrn Norbert Auerbach fiel auf einem ostpreußischen Gut auf der Wiese ein Fohlen wegen seines rachitischen Aus-

---

[1]) C. S. Engel, Über die Bakterien der Kuhmilch und ihrer Produkte (Butter, Käse). Haus, Hof, Garten. 26. Mai 1906.

sehens, seiner Verstärkung der Knochen in den Gelenken und der Verdickung der Knorpel auf. Es war ein Tier von edlen Eltern, die Stute war aber gestorben und das Fohlen mit Kuhmilch aufgezogen worden.

Das stimmt durchaus mit den weiter unten mitgeteilten Beobachtungen des Herrn Dr. Röse über Rachitis überein.

Der Umstand, daß nicht alle Mütter imstande sind, ihrem Kinde die eigene Brust zu reichen, hat berechtigterweise darauf sinnen lassen, welcher Ersatz zu beschaffen sei.

Die zunächst sich bietende Gelegenheit einer Amme ist wegen ihrer wirtschaftlichen Kostspieligkeit nur einer kleinen Minderzahl der durch die Stillungsunfähigkeit der Frau betroffenen Familien zugänglich. Den Gefahren, welche die Ernährung mit Kuhmilch den Säugling aussetzte, glaubten die Ärzte durch Kochen, Pasteurisierung, Zusätze und Veränderung der Zusammensetzung der Milch begegnen zu können. Die Industrie war eifrig in der Erfindung von Surrogaten, und die Reklame des gewinnsüchtigen Vertriebs redet täglich mit tausend, mit Millionen Zeitungszungen den Familien vor, daß der Ersatz der Muttermilch gleichwertig sei. Was für einzelne Frauen nur ein Notbehelf sein sollte, wird jetzt für viele eine Verführung, die Selbststillung des Kindes zu unterlassen. Selbst in wohlhabenden Familien, die sich die Beschaffung einer Amme wirtschaftlich leisten könnten, wird gegenüber der Unbequemlichkeit der Aufnahme dieser Mädchen in die Familie mit ihren Ansprüchen und ihrer Tyrannei und bei den häufig unerquicklichen Erfahrungen, die die Familien mit Ammen machen, unter Zustimmung des Arztes die künstliche Ernährung allzu oft vorgezogen. Diejenigen Mütter aber gar, welche auswärts auf Arbeit gehen müssen und nur in den allerseltensten Ausnahmefällen jetzt die Möglichkeit haben, ihr Kind mit sich zur Arbeitsstätte nehmen zu dürfen, sind froh, daß sie ihrem Kinde so treffliche Ersatznahrung, wie sie täglich in den Zeitungen angepriesen wird, bieten können. Zu dieser großen Schar der Frauen, welche sich in dieser Hinsicht in einer gewissen Notlage befinden, tritt eine leider täglich wachsende Anzahl solcher, die aus falscher gesellschaftlicher Scheu, aus Bequemlichkeit und Leichtsinn, aus dem Vorurteil heraus, daß sie ihre Jugendschönheit sich länger erhielten, wenn sie das Stillen gar nicht erst begönnen oder bald einstellten, dem eigenen Kinde die Mutterbrust versagen.

In der Stadt Berlin sind bei den Volkszählungen 1890, 1895, 1900 und 1905 die Zahl der Kinder unter einem Jahr, die brust-

gestillt und die anderswie ernährt wurden, mit verschiedenen weiteren Unterscheidungen der Art der Ernährung festgestellt worden. Im Jahre 1890 wurden von je 1000 Kindern noch 529 an der Brust genährt, 1895 waren es nur noch 446, 1900 sogar weniger als ein Drittel der Tausendzahl, nämlich 332. Das Resultat für 1905 ist noch nicht bekannt. Sicher liegen die Verhältnisse in den verschiedenen Teilen Deutschlands recht verschieden. Eine allgemeine Statistik über die Stillung ist mir nur aus Baden bekannt. Hier wird aus den Tagebüchern der Hebammen, die seitens der Bezirksärzte auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit kontrolliert werden, ein Auszug bei der Jahresberichterstattung an das Ministerium des Innern verwertet. Die große 95 Spalten enthaltende geburtshilfliche Tabelle macht in den Spalten 57—60 Angaben über die Art der Ernährung der lebendgeborenen Kinder:

1. gestillt durch die Mutter,
2. gestillt durch Ammen,
3. nicht gestillt,
4. Art der Ernährung nicht angegeben.

Die Gegenüberstellung von brustgenährten und nichtgestillten Kindern für das Großherzogtum ergibt für die einzelnen Jahre 1892—1901 folgende Resultate:

Im Großherzogtum Baden wurden von den lebenden Kindern

im Jahre	gestillt durch		nicht gestillt	Von hundert sind nicht gestillt
	die Mutter	Ammen		
1892	41 742	251	9 374	18,2
1893	42 586	257	8 980	17,3
1894	41 827	234	9 514	18,4
1895	43 427	182	10 191	18,9
1896	44 841	214	10 324	18,6
1897	45 180	189	10 665	19,0
1898	46 253	163	11 467	19,8
1899	47 478	134	12 094	20,2
1900	48 327	136	12 357	20,3
1901	50 270	139	12 853	20,4

Auch hier zeigt sich eine allmähliche Zunahme der Prozentzahl der nichtgestillten Kinder, wenn auch in einem viel langsameren Fortschreiten als es Berlin aufweist. Bemerkenswert ist, daß im Großherzogtum Baden gegen $^{3}/_{15}$, in Berlin aber gegen $^{10}/_{15}$ der Kinder nicht gestillt sind.

Nach einzelnen Landesgegenden betrachtet zeigen sich aber im Großherzogtum selbst die größten Verschiedenheiten. Z. B.

weist die See- und Donaugegend und der Klettgau im Jahre 1901 3362 von der Mutter gestillte Kinder neben 2983 nichtgestillten auf. In dieser Landesgegend werden also 47 Proz. der Kinder nicht gestillt, während im Odenwald, Neckar- und Taubergegend 8079 brustgestillte Kinder neben 1095 nichtgestillten vorhanden sind, d. h. also nur 11,9 Proz. der Gesamtzahl nicht gestillt wurden.

Es ist bekannt, wenn auch nicht mit zahlenmäßiger Genauigkeit, daß der Stillungsbrauch auch in den übrigen Teilen Deutschlands in oft nahe gelegenen Gegenden doch höchst verschieden ist.

Unter 86 von C. Röse auf ihre Stillungsverhältnisse hin untersuchten Dörfern fanden sich die schlechtesten Verhältnisse in der schwäbisch-bayerischen Hochebene und dem Königreich Sachsen, von denen Nordthüringen, Niedersachsen und Posen günstig abstachen. So befanden sich z. B. unter den Volksschulkindern der folgenden württembergischen Orte: in Ochsenhausen 72 Proz., Ertingen 60 Proz., Tettnang-Stadt 64 Proz., Tettnang-Filialdörfer 66 Proz., Aulendorf 60 Proz., Langenargen 47 Proz. nichtgestillte; in folgenden Orten des Königreichs Sachsen: in Reichenberg 33 Proz., Sumsdorf 44 Proz., Possendorf 40 Proz., Deutsch-Luppa 31 Proz., Ruppendorf 28 Proz., Quohren 43 Proz., Kesselsdorf 33 Proz., Weistropp 38 Proz., Geisingen 32 Proz. nichtgestillte Kinder. In den drei Lippe-Detmoldeschen zur Untersuchung herangezogenen Orten war die Prozentzahl der nichtgestillten Kinder dagegen äußerst gering; sie betrug in Berlebeck 0,7 Proz., Schlangen 2,1 Proz., Brakelsiek 1,4 Proz., Heiligenkirchen 7 Proz., in Schwalenberg dagegen 20 Proz. In Thüringen wiesen auf: Möhra 2,7 Proz., Leimbach 3 Proz., Sonnefeld 5 Proz., Klingen 6,2 Proz., Körner 8 Proz., Zella Sankt-Blasii und Weißensee und Hermsdorf 10 Proz., Steigertal 11 Proz., Meeda 16 Proz., Königsberg in Franken 17 Proz., Mellingen 25 Proz.

Der bayerische Ort Krumbach-Hürben im Regierungsbezirk Schwaben wies andererseits sogar 92 Proz. nichtgestillter auf!

Von den größeren Städten seien nach den Untersuchungen von C. Röse und zahlreichen anderen deutschen Zahnärzten bei den Volksschulkindern die Prozentsätze der nichtgestillten Kinder genannt: Augsburg 70 Proz., Dresden-Stadt 40 Proz., Chemnitz 43 Proz., Stuttgart 40 Proz., Leipzig 33 Proz., Würzburg 24 Proz., Aschaffenburg 29 Proz., Bremen 31 Proz., Nordhausen 28 Proz., Magdeburg 21 Proz., Hannover 25 Proz., Münster i. W. 19 Proz., Hagen 12 Proz., Dortmund 8,5 Proz., Detmold 14 Proz., Halle 17 Proz.

Röse führt zahlreiche Beweise dafür an, daß die armen Mütter mehr stillen als die wohlhabenden und reichen. In Berlin ist es ebenso.

Um so bemerkenswerter ist, daß trotz ungünstigerer sozialer Verhältnisse die Brustkinder eine so hervorragend viel größere Widerstandskraft gegen Krankheit und Tod aufweisen als die anders genährten Säuglinge, so daß sie den nichtgestillten Säuglingen gegenüber an jeder Krankheit eine viel günstigere Sterblichkeit aufweisen.

Im Jahre 1900 waren in Berlin von je 1000 unter einem Jahr alten Kindern 332 Brustkinder, also 668 Nichtbrustkinder. Wenn man nun für jede Krankheit auch die Verhältniszahl von 1000 und deren Verteilung auf Brustkinder und Nichtbrustkinder berechnet, so müßte bei jeder Krankheit ein Drittel der tausendteiligen Verhältniszahl auf gestorbene Brustkinder entfallen.

Die Berliner städtische Statistik weist nach,[1]) daß statt der jedesmal erwartungsmäßigen 332 im Jahre 1900 Brustkinder nur starben an:

Englische Krankheit 34, Magen- und Darmkatarrh 41, Abzehrung 49, an Zahnen 62, Magenkatarrh 66, Gehirnwassersucht 67, Keuchhusten 83, Durchfall 89, Lungenschwindsucht 100, Kehlkopfentzündung 107, Lungenentzündung 115, Lebensschwäche 127, Syphilis 129, Schwämmchen 133, Drüsenabzehrung 152, Krämpfe 174, Hirnhautentzündung 195, nicht spezifizierte Todesursachen 203, Diphtherie und Croup 208, Gelbsucht 258, Bronchitis 262, Gehirnschlag 286, Gehirnentzündung 333, Starrkrampf 545.

Auch in den beiden anderen Volkszählungsjahren 1890 und 1895 war die Sterblichkeit der Brustmilchkinder bei allen einzelnen Krankheiten stets günstig, d. h. kleiner als die erwartungsmäßige Sterblichkeit an der betreffenden Krankheitsursache. Während im Jahre 1900 die Gehirnentzündung gerade die erwartungsmäßige Verhältniszahl von 333 pro Mille aufwies, zeigte 1895 nur 118 (statt im Jahre 1895 446 per Mille) und das Jahr 1890 268 (statt im Jahre 1890 529 per Mille), so daß ersichtlicherweise die Brustmilchkinder auch der Gehirnentzündung gegenüber günstiger dastehen als die nichtgestillten Kinder. Nur der Starrkrampf zeigte in allen drei Volkszählungsjahren scheinbar eine ungünstige Sterblichkeit der Brustmilchkinder. Hierzu bemerkt das Statistische Amt der Stadt Berlin bei Betrachtung der Zahlen des Jahres 1895:

[1]) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin, 26. u. 29. Jahrg., S. 177 bzw. 73.

„Gegenüber dem bei der Volkszählung von 1895 nachgewiesenen Anteil der Brustmilchkinder unter den Lebenden (446 per Mille) weist von den unterschiedenen Todesursachen nur der Starrkrampf einen erheblich höheren Satz auf. Das rührt daher, daß die Sterbefälle an Starrkrampf fast sämtlich in den ersten Lebensmonat fallen, wo die Brustmilchkinder 668 per Mille der Lebenden ausmachen, und zumeist sogar in die erste Hälfte desselben, wo sie mit über drei Vierteln vertreten sind.“

Diese Heranziehung des Monatsalters der Kinder und dieser Hinweis auf das in den verschiedenen Monaten verschiedene Verhältnis zwischen der Zahl der Brustkinder und der Zahl der nichtgestillten zeigt, daß die Betrachtung der Jahresanzahl allein etwas sozusagen rohes ist und die Darlegung der Tatsachen noch einer Verfeinerung nach den zwölf Lebensmonaten bedarf. Diese weitgehende Durcharbeitung findet sich in den vorgenannten Arbeiten des Statistischen Amts der Stadt Berlin. Auch für die einzelnen Monate ergibt sich dasselbe Resultat, daß die Brustmilchkinder bei allen Krankheiten weit im Vorteil gegenüber den nichtgestillten sind. Es würde aber zu weit führen, diese umfangreichen Tabellen hier wiederzugeben und noch näher zu besprechen.

Im Bistum Augsburg, wie wir oben sahen, einem Hochsitz des Nichtstillens, besteht eine Vorschrift, wonach allen Frauen, die trotz vorhandener Fähigkeit das Stillen unterlassen, die kirchlichen Gnadenmittel zu verweigern sind.[1])

Mohammed befahl den Müttern die Säugung: „Die Mutter soll ihr Kind zwei volle Jahre säugen, wenn der Vater will, daß die Säugung vollständig sei.“[1]) Der Buddhismus preist sie in begeisterten Worten: „Im Fubo-on Jiu-kio, der Lehre über die große Güte der Eltern, wird in buddhistisch übertreibender Ausdrucksweise gesagt, daß, wenn man den Wert von einem Sho Muttermilch schätzen sollte, so würde sie mehr als 10 850 Koku Reis und wenn in Reisstroh geschätzt, so würde sie 23 000 Bündel und wenn in Leinwand berechnet, so würde sie 3370 Maße wert sein.[2])

Die Jüdinnen der Makkabäerzeit stillten ihre Kinder drei Jahre, die Japanerinnen der Gegenwart stillen sie oft noch über

---

[1]) C. Röse, Die Wichtigkeit der Mutterbrust. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, März 1905.

[1]) Georg Hirth, Die Mutterbrust, ihre Unersetzlichkeit und ihre Gewöhnung zur früheren Kraft. München 1900, S. 9.

[2]) Popular Buddhism. Buddhistic filial piety. From the San-kai-ri. Chrysanthemum, Vol. II Nr. 4, p. 173. — 1 Sho = 1,8 Liter; 1 Koku = 10 Kubikfuß.

drei Jahre hinaus, indem die Kinder neben der Brust dann noch Beikost empfangen. So werden widerstandsfähige, ausdauernde und tapfere Männer erzielt.

Als um die Mitte des 18. Jahrhunderts die Mütter in Schweden anfangen wollten, ihre Säuglinge aus der Flasche zu nähren, da wurden sie, wie Bollinger mitteilt,[3]) durch ein Staatsgesetz mit Strafe bedroht. Wie nachhaltig dieses Mittel gewirkt hat, das zeigen die Zahlen der Gegenwart über die ausgezeichnete Stillungszeit der schwedischen Frauen.

Das preußische Landrecht Teil II, Titel 2, §§ 67 bis 69 sagte: „§ 67. Eine gesunde Mutter ist ihr Kind selbst zu säugen verpflichtet. § 68. Wie lange sie aber dem Kinde die Brust reichen solle, hängt von der Bestimmung des Vaters ab. § 69. Doch muß dieser, wenn die Gesundheit der Mutter oder des Kindes unter seiner Bestimmung leiden würde, dem Gutachten der Sachverständigen sich unterwerfen."

Deutschland steht mit seiner Säuglingssterblichkeit ungünstiger da wie fast alle zivilisierten Staaten. Es starben nämlich in[4])

Deutschland	1903	auf	100	Lebendgeborene	20,4
Österreich	1901	"	"	"	20,9
Italien	1902	"	"	"	17,2
Luxemburg	"	"	"	"	15,2
Japan	1901	"	"	"	14,9
Belgien	1902	"	"	"	14,4
Frankreich	"	"	"	"	13,5
Niederlande	1903	"	"	"	13,5
England und Wales	1902	"	"	"	13,3
Schweiz	"	"	"	"	13,2
Dänemark	"	"	"	"	11,4
Schweden	1901	"	"	"	10,4
Irland	1903	"	"	"	9,6
Norwegen	1902	"	"	"	7,5.

Da Deutschland trotzdem noch eine sehr große natürliche Bevölkerungszunahme zeigt, könnte eine oberflächliche Betrachtung meinen, daß man eine solche hohe Säuglingssterblichkeit kaltblütig in Kauf nehmen könne; trotz der 404529 im ersten Lebensjahr Gestorbenen (1903) hätte es doch immer noch 1578549 Überlebende gehabt, das sei genug des Zuwachses an kleinen Kindern, die auf-

[3]) Bollinger, Über die Säuglingssterblichkeit und die erbliche funktionelle Atrophie der menschlichen Milchdrüsen. Korrespondenzblatt der anthropologischen Gesellschaft 1899. Angeführt von C. Röse.

[4]) Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1905, Internationale Übersichten S. 10 und Mouvement de la Population de l'Empire du Japon. Tokio 1905, S. 38 u. 114.

zuziehen, zu ernähren und zu unterrichten seien. Diese kaltblütige, um nicht zu sagen zynische Betrachtungsweise, welche es außerdem liebt, von Rassenverbesserung durch Wegsterben der Schwächsten zu reden, vergißt, daß die Ursache der hohen Säuglingssterblichkeit sich nicht in ihren Wirkungen auf die Erzeugung von Sterbefällen beschränkt. Jeden Säuglingstodesfall müssen wir betrachten als hervorgegangen aus einer viel größeren Reihe von Krankheitsfällen. Ich will kasuistisch ein Beispiel anziehen, weil in ihm die Zahl der Krankheiten und Todesfälle zugleich angegeben ist. Effler berichtet:[1])

„Vom 1. Juni bis 15. September 1905 befanden sich in Beaufsichtigung 464 Danziger Ziehkinder im ersten Lebensjahr.

Von diesen erhielten die Brust 34; an Magen- und Darmerkrankungen aller Art litten 4 = 11,8 Proz.; es starben 1 Kind = 2,9 Proz.

Kuhmilch erhielten 426 Kinder. Davon blieben ohne Eismilch 280; an obigen Erkrankungen litten 150 = 53,5 Proz.; es starben 57 = 20,3 Proz. Eismilch erhielten 146; an obigen Erkrankungen litten 77 = 52,7 Proz.; es starben 23 = 15,7 Proz."

In diesem Beispiel, welches nur 3½ Monat behandelt, sehen wir wieder, daß die mit Kuhmilch genährten Säuglinge siebenfach bzw. fünffach so häufig starben als die Brustkinder; wir sehen aber ferner, daß die mit Kuhmilch ernährten 4,5 mal so häufig erkrankten als die Brustkinder und daß die Zahl der Magen- und Darmerkrankten über die Hälfte der mit Kuhmilch ernährten Kinder betrug. Denken wir daran, daß außer an Magen- und Darmkrankheiten im Laufe des Jahres noch mannigfache andere Erkrankungen vorgekommen sein werden und daß von diesen die Schar der mit Kuhmilch Ernährten sicherlich auch in viel größerer Anzahl ergriffen worden sein wird, wie die Brustgestillten, so ist ohne weiteres klar, eine wieviel schwächlichere Schar die nichtgestillten Kinder für den Lebenskampf gestellt haben müssen.

Zwischen den Brustkindern herrschen aber noch bedeutende Unterschiede je nach der Länge der Zeit, die ihnen die Brust gewährt wurde. Über den Gesundheit bessernden Einfluß der Länge der Stillungsdauer vermögen folgende acht Tabellen Röse's[2]) zu orientieren:

---

[1]) Effler, städtischer Ziehkinderarzt in Danzig, „Das Danziger System der Ziehkinderbeaufsichtigung". Medizinische Reform v. 15. Februar 1906.

[2]) Über die ausgedehnten Erhebungen der Zentralstelle für Zahnhygiene,

1. Die Beziehungen zwischen Stillungsdauer und Zahnverderbnis.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse und zahlreichen anderen Zahnärzten bei 157361 deutschen und schwedischen Schulkindern.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der erkrankten Zähne	Durchschnittszahl der erkrankten Zähne	Durchschnittlicher Prozentsatz der erkrankten Zähne
Nicht gestillte	50712	426277	8,4	34,1
1—3 Monate "	22322	179084	8,0	32,4
4—6 " "	20259	153180	7,6	30,5
7—9 " "	16417	117261	7,1	28,9
10—12 " "	26138	176199	6,7	27,4
Über 12 " "	11359	73319	6,4	26,7
Ohne Auskunft	10164	74843	7,3	30,1
Überhaupt:	157361	1200163	7,6	31,0

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so weniger leiden sie an Zahnverderbnis.

2. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Anzahl der gesunden Zähne	Anzahl der kranken Zähne	Durchschnittszahl der erkrankten Zähne
20jährige Musterungspflichtige				
Nicht gestillte	298	6206	2521	8,5
0,5–2,9 Monate "	162	3489	1266	7,8
3,0—5,9 " "	314	6878	2357	7,5
6,0—8,9 " "	448	9971	3253	7,3
9,0—11,9 " "	626	13905	4512	7,2
12 Mon. u. darüber "	554	12580	3768	6,8

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so weniger leiden sie an Zahnverderbnis,

---

die Mitwirkung der Musterungsbehörden und der Schullehrer, und die den Untersuchungsformularen aufgedruckten Fragen für die Musterungspflichtigen und dessen Angehörige bzw. für die Schulkinder und ihre Angehörigen hat Röse in seiner von mir mehrfach zitierten Arbeit „Über die Wichtigkeit der Mutterbrust für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen“ auf S. 134—138 ausführliche Auskunft gegeben. Er hat im Laufe seiner mehrjährigen Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, daß weitaus die meisten Mütter über kein anderes Ereignis ihres früheren Lebens so sichere Auskunft zu geben vermögen, wie über die Stillungsdauer ihrer Kinder. Geburt und Stillung gehören zusammen. Sie sind und bleiben die wichtigsten Ereignisse im Leben des Weibes.

3. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der Häufigkeit von rachitischen Entwicklungsstörungen (Hypoplasie) der Zähne.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 19683 deutschen Volksschulkindern in 94 ländlichen Ortschaften.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der Kinder mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Kinder mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	4511	1135	25,2
1—3 Monate	3070	716	23,3
4—6 „	3149	641	20,3
7—9 „	2204	333	15,1
10—12 „	4105	366	8,9
Über 12 „	1557	103	6,6
Ohne Auskunft	1087	233	21,4
Überhaupt:	19683	3527	17,9

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

4. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse und zahlreichen anderen Zahnärzten bei 157361 deutschen und schwedischen Schulkindern.

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anzahl der Kinder mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Kinder mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	50712	10893	21,5
1—3 Monate	22322	4793	21,5
4—6 „	20249	3771	18,7
7—9 „	16417	2235	13,6
10—12 „	26138	2569	9,8
Über 12 „	11359	875	7,7
Ohne Auskunft	10164	1944	19,1
Überhaupt:	157361	27080	17,2

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

5. Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 20jährigen Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Anzahl der Musterungspflichtigen mit Hypoplasie der Zähne	Prozentsatz der Musterungspflichtigen mit Hypoplasie der Zähne
Nicht gestillte	298	93	31,2
1,0—2,9 Monate	162	36	22,2
3,0—5,9 „	314	71	22,6
6,0—8,9 „	448	75	16,7
9,0—11,9 „	626	107	17,1
12 Mon. u. darüber „	554	75	13,5

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so seltener litten sie an Rachitis.

6. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der körperlichen Entwicklung der Kinder.

Volksschule in Nordhausen, Knaben.

	Anzahl der Kinder	Durchschnittliches Körpergewicht in kg	Durchschnittliche Körpergröße in cm
Nicht gestillte	215	27,2	126,9
1—6 Monate „	217	27,8	127,9
7—9 „ „	255	28,4	129,0
10—12 „ „	406	28,6	129,5
Über 12 „ „	111	29,6	130,6

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so höher ist ihr Gewicht und ihre Körpergröße.

7. Die Beziehungen zwischen der Stillungsdauer und der Durchschnittszensur der Kinder.

In der 16. Bezirksschule zu Dresden.

	Anzahl der Kinder	Prozentsatz der Kinder mit der Durchschnittszensur		
		„Sehr gut" u. „Gut"	„Genügend"	„Ungenüg." u. „Schl."
		%	%	%
Nicht gestillte	468	38,5	56,2	5,3
1—3 Monate „	234	45,3	50,4	4,3
4—6 „ „	162	51,3	46,2	2,5
7—9 „ „	85	60,0	37,7	2,3
10—12 „ „	98	58,1	40,8	1,1
Über 12 „ „	28	64,3	35,7	0

Man beachte: Je länger die Kinder gestillt worden sind, um so höher ist ihre geistige Leistungsfähigkeit in der Schule.

8. Die Beziehungen zwischen Stillungsdauer und Militärtauglichkeit.

Nach den Untersuchungen von Dr. C. Röse bei 20jährigen Musterungspflichtigen aus Thüringen und Sachsen.

	Anzahl der untersuchten Musterungspflichtigen	Durchschnittl. Körpergewicht in kg	Durchschnittlicher Brustumfang in cm	Durchschnittl. Körpergröße in cm	Prozentsatz der taugl. Musterungspflichtigen
Nicht gestillte	363	57,2	79,7 : 86,8	164,3	31,1
0,5—2,9 Monate „	194	58,0	80,9 : 88,0	164,9	39,2
3,0—5,9 „ „	368	58,4	80,9 : 88,0	164,4	42,1
6,0—8,9 „ „	506	59,4	81,3 : 88,4	165,6	45,1
9,0—11,9 „ „	719	59,9	81,4 : 88,5	166,3	44,0
12 Mon. u. darüber „	633	59,8	81,3 : 88,4	166,6	47,9

Man beachte: Je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so größer ist ihr Körpergewicht, um so weiter der Brustumfang, um so höher die Militärtauglichkeit.

Gegenüber den gut gesicherten statistischen Tatsachen, daß im ersten Lebensjahr die Brustkinder eine viel günstigere Sterblichkeit und bei allen Krankheiten eine viel geringere Krankheitsfälligkeit aufweisen als die anderswie genährten Säuglinge, bei der ferneren Tatsache, daß wenigstens für Zahnverderbnis im allgemeinen und für Rachitis aus der Hypoplasie der Zähne der Nachweis geführt ist, daß sogar die länger gestillten Brustkinder vor den kürzer gestillten erheblich begünstigt sind, bei der ferneren Tatsache, daß sich noch im Schulalter der Kinder in ihrem Gewicht und Brustumfang und in ihren Schulzeugnissen der günstige Einfluß des längeren Stillens zeigt, und bei der ferneren Tatsache, daß dieser günstige Einfluß noch bei den 20 jährigen Musterungspflichtigen in bezug auf Körpergewicht und Brustumfang und in der höheren Prozentzahl der Tauglichen hervortritt, müssen die Bestrebungen der Volkswohlfahrt darauf gerichtet sein, die *Stillungsdauer möglichst zu verlängern. Es gibt kein wirkungsvolleres prophylaktisches Mittel.* Deshalb habe ich gelegentlich der Mutterschaftsversicherung vorgeschlagen, zwei Stillungsprämien, die erste nach 6 Monaten, die zweite nach 12 Monaten der Bruststillung der Mutter zu gewähren, jede der beiden im Betrage von 25 Mark. Sollte man diese Beträge für nicht hoch genug halten um zur Verlängerung der Bruststillung anzuspornen, so möge man sie noch erhöhen. Ich halte sie für hoch genug.

Ich nehme an, daß innerhalb der Gesamtkassenbevölkerung von 39,6 Millionen Personen mit 1425600 Geburten jährlich angesichts des Abganges von ca. 40000 Totgeburten und eines unausbleiblichen zuerst starken Abganges an Säuglingen und unter Berücksichtigung, daß doch immer viele Mütter nicht stillen können oder dürfen oder des Erwerbes halber es unterlassen müssen, nach 6 Monaten nur mit 600000 Fällen der Prämiierung und nach weiteren 6 Monaten nur noch mit 400000 Fällen der Prämiierung zu rechnen sein wird. Hiernach habe ich eine Million Stillungsprämien à 25 Mark mit 25 Millionen Mark Kosten angesetzt.

Voraussichtlich wird zunächst diese Zahl nicht erreicht werden, denn wenn wir die Massen der von der Zentrale für Zahnhygiene untersuchten deutschen und schwedischen Schulkinder nach ihrer Stillungsdauer gliedern, so finden wir:

Es wurden:

	nicht gestillt	50 712	= 34,4 %
1—3 Monate	„	22 322	= 15,2 %
4—6 „	„	20 249	= 13,8 %
7—9 „	„	16 417	= 11,2 %
10—12 „	„	26 138	= 17,7 %
über 12 „	„	11 359	= 7,7 %.

Es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob so erhebliche Ausgaben für die Mutterschaftsversicherung: 95,8 + 14,3 + 25 = 135,1 Millionen Mark nach meinen Vorschlägen, oder nach den Wünschen des Bundes für Mutterschutz 95,8 + 95,8 + 63,9 + 14,3 + 25 = 294,8 Millionen Mark sich rechtfertigen lassen.

Was werden die voraussichtlichen Wirkungen eines solchen Jahresaufwandes sein?

Erstens: Ein besserer Gesundheitsschutz für 1 425 600 Wöchnerinnen, ein Hintanhalten unzähliger Schwächezustände, ein Verhüten zahlreicher Unterleibskrankheiten dieser anderthalb Millionen Frauen, welchen ermöglicht wird, sich einige Wochen vor und nach der Geburt zu schonen, wie es Natur und Vernunft verlangen und wie die Umstände es jetzt den wenigsten dieser Bevölkerungsklasse gestatten. Bis jetzt steht in Deutschland die Morbidität der Frauen mit ihrer Mortalität im Widerspruch; ihre Mortalität ist günstiger, ihre Morbidität ungünstiger als die der Männer. Ein Hauptgrund für letzteres dürfte in der unzureichenden Schonung zu erblicken sein, welche der Wöchnerin der unteren Bevölkerungsschichten jetzt zuteil wird. Ein Teil des Jahresaufwandes für die Wöchnerinnen wird also in den Folgejahren durch bessere Gestaltung ihrer Krankheitsfälligkeit wieder eingebracht werden.

Zweitens: Durch die Schutzwirkung des Bruststillens werden mindestens 80 Proz. der Säuglingstodesfälle erspart. Wird durch das Aussetzen der Stillungsprämien und durch die auf das Bruststillen gerichteten damit verbundenen Belehrungen veranlaßt, daß jährlich auch nur etwa 600 000 Säuglinge längere Zeit die Brust erhalten, weil ihre Mütter die erste 6monatige Stillprämie erhalten wollen, so würde, da sonst ein Fünftel der Kinder im ersten Lebensjahre sterben, statt 120 000 Säuglingsfälle auf diese Gruppe der Wöchnerinnen nur 24 000 Säuglingstodesfälle zu rechnen sein. Es werden also durch die Stillungsprämien verbunden mit besserer Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge jährlich mindestens 96 000 Säuglinge dem Leben mehr erhalten bleiben.

Wenn durch die Einbeziehung der Mutterschaftsversicherung in die reichsgesetzliche soziale Versicherungsgesetzgebung die öffent-

liche Meinung klar und deutlich das Brustkstillen als allgemeine Mutterpflicht gefordert haben wird, wenn unter dem wissenschaftlichen Einfluß der Kinderärzte die Ärzteschaft allgemein von der so häufig unnötigen Empfehlung der künstlichen Ernährung abgekommen sein wird, wenn einst eine neue Generation von Hebammen mit Ausbildung auch in der Säuglingspflege, die sie jetzt fast durchgängig entbehren, vorhanden sein wird, wenn die Aussetzung der Stillungsprämien das Interesse aller beteiligten Frauen sicher immer wieder auf die Frage gerichtet haben wird, ob ihnen selbst die lange Stillungsdauer nicht möglich und zuträglich sein sollte, wenn jahrelange Propaganda in den populären Vorträgen der Ärzte, in Schriften und Merkblättern auf die Frauenwelt eingewirkt haben wird, dann ist zu hoffen, daß nach einigen Dezennien das deutsche Volk allgemein zu der natürlichen Sitte des langen Brustkstillens wieder erzogen sein wird. Die günstige Wirkung, die jetzt erst für nur 600000 Geburten berechnet wurde, dürfte dann auf anderthalb Millionen Säuglinge veranschlagt werden.

Drittens: Da jedes Brustkind lebenslang dem Flaschen- und Mehlpäppelkind gegenüber dauernd hinsichtlich der Krankheitswiderstandsfähigkeit vorteilhafter dasteht, so muß die Mutterschaftsversicherung auf eine Ersparnis zukünftiger Ausgaben an Krankheitskosten wirken. Nach meinem Vorschlage kommen auf die Geburt 95 Mark, nach den Vorschlägen des Frauenbundes etwa 207 Mark Ausgaben. Selbst der letzteren höheren Summe gegenüber ist wahrscheinlich, daß die ersparten Krankheitskosten der Zukunft ein vielfaches darstellen werden.

Viertens: Mit der Bruststillung werden nicht nur gesundere, sondern auch geistig gewecktere und leistungsfähigere Männer und Frauen aufgezogen, ein Vorteil für die betreffenden Personen in allen ihren Lebensverhältnissen, besonders aber auch für ihre Erfolge als Arbeiter.

Fünftens: Nicht gering anzuschlagen ist die Erhöhung der Heereskraft Deutschlands sowohl wegen der mindestens 96000 jährlich ersparten Säuglingstodesfälle als auch wegen des durch vermehrte Bruststillung gesteigerten Prozentsatzes an militärtauglicher Mannschaft.

Ein Jahrgang 20jähriger Musterungspflichtiger zählt jetzt rund 540000 Köpfe. Wenn die Kassenbevölkerung der erweiterten sozialen Versicherung nach meinen Vorschlägen zwei Drittel der deutschen Bevölkerung umfassen wird, entfallen auf sie 360000 Musterungspflichtige des 20. Lebensjahres. Im Jahre 1903 wurden

bei dem Heeresergänzungsgeschäft 54,2 % der endgültig abgefertigten 20—22 jährigen Militärpflichtigen tauglich befunden. Die vermehrte Bruststillung erhöht aber ihrerseits ganz allgemein die Ziffer der später militärtauglich Befundenen. Zwischen nicht gestillten und über 12 Monate gestillten ist der Unterschied zugunsten der letzteren etwa 16,8 %. (S. oben Tab. 8.) Diesen extremen Gegensatz von Nichtbruststillung und sehr langer Bruststillung darf man aber für die Allgemeinrechnung nicht in Betracht ziehen. Nimmt man auch nur 8 Proz. Erhöhung der Militärtauglichkeitsziffer an, so ergibt das 360000 × 0,08 = 28800 mehr Taugliche jährlich. Hierzu tritt aber noch eine weitere Anzahl Tauglicher aus der oben berechneten Mindersterblichkeit der Säuglinge. Von den mehr lebendgebliebenen 96000 Säuglingen werden 48000 männlich sein; von letzteren werden rund etwa 32000 das 20. Jahr erleben und aus ihnen werden noch 54,2 + 8 = 62,2 % oder 19904 Taugliche hervorgehen.

Die Mutterschaftsversicherung in dem vorgeschlagenen Umfang wird hiernach die Anzahl der Militärtauglichen um etwa 28800 + 19900 = 48700 Mann jährlich erhöhen. Das bedeutet für den Friedensstand die Mannschaft zu vier neuen Armeekorps und im Kriegsfall eine Armee von über 450000 Mann, eine gewiß politisch in die Wage fallende Stärkung der Macht des Deutschen Reiches.

Wichtig für die Einführung der Mutterschaftsversicherung ist die Frage, ob die weibliche Mitgliederschaft allein die Prämien für sie tragen soll. Man hat bisher keinen Anstoß daran genommen, daß die Männer durch die höhere Morbidität der Frauen in den Krankenkassenbeiträgen mitbelastet sind. Warum sollte es bei der Mutterschaftsversicherung anders gehalten werden, wo in jedem Einzelfalle der Schwanger- und Wöchnerinnenschaft beide Geschlechter gemeinsam beteiligt waren? Das Kind ist eben nicht Frauensache allein, da zu jedem ein Vater gehört; es wäre ungerecht, die Frauenschaft allein die Beiträge für die Mutterschaftsversicherung zahlen zu lassen. Es wäre aber auch unpraktisch, da dann auf die schwächeren Schultern eine doppelte Last fiele; es wäre auch deshalb unratsam, weil dadurch wieder Sonderbeiträge und Sonderabrechnungen eingeführt würden an Stelle des von mir angenommenen einfachen Einheitsbeitrages.

Tragen die Männer mit bei zu der Mutterschaftsversicherung, so ist diese auf den ganzen Lohnfonds zu verteilen. Für 20 Millionen Kassenmitglieder mit durchschnittlich 700 Mark jährlichem Lohn

ergibt sich ein Lohnfonds von 14 Milliarden, der die Beiträge beizusteuern hat. Die nach meinen Vorschlägen beanspruchten 135,1 Millionen Mark bedeuten 0,965 oder rund 1 Proz. des Lohnes, die gemäß den Forderungen des Bundes für Mutterschutz berechneten Aufwandskosten der Mutterschaftsversicherung von 294,8 Millionen Mark bedeuten 2,106 Proz. des Lohnes. Ich halte meine Bemessung der Unterstützungen der Mutterschaftsversicherung für ausreichend, aber die noch wirkungsvolleren gemäß den Forderungen des Bundes für Mutterschutz auch nicht für unerschwinglich.

Über Krankheiten und Unfälle im Brauergewerbe.

Von Dr. B. Laquer, Wiesbaden.

Kürzlich hat der Verband deutscher Braumeister eine Preisaufgabe gestellt und die deutschen Ärzte öffentlich aufgefordert, über die Hygiene der Brauereiangestellten Materialien zu sammeln und zu bearbeiten. In Betracht sollen dabei folgende Momente kommen: 1. welches sind die Krankheiten, denen die Brauer und Mälzer am meisten ausgesetzt sind und die bei ihnen die größte Sterblichkeit verursachen; 2. wie erkennt man diese Krankheiten; 3. wie heilt man diese Krankheiten, resp. wie läßt sich denselben vorbeugen; 4. welche Lebensweise ist für die Brauer und Mälzer am zweckmäßigsten und zuträglichsten. Die Stellung der Preisaufgabe läßt den Schluß zu, daß ein Notstand in diesem Gewerbe vorhanden ist. Es sind ja schon früher Versuche gemacht worden, genaue Statistiken über die Erkrankungsziffer derjenigen Berufsklassen anzustellen, welche mit der Erzeugung alkoholhaltiger Getränke, insbesondere des Bieres gewerbsmäßig beschäftigt sind. Bekannt ist ja das Wort des englischen Politikers Canning: I can anything proof with figures, except the truth.[1]) Indes wenn amtlich bei uns in Deutschland Statistiken ausgegeben werden, so ist zumal bei der Objektivität, der die leitenden Stellen bei uns der Alkoholfrage gegenüberstehen, mehr als nur Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Prof. A. Guttstadt, Mitglied des preuß. statist. Bureaus, hat im „klinischen Jahrbuch“ Bd. 12, die amtlichen Nachrichten unseres Reichsversicherungsamtes über die Unfälle von Arbeitern, deren Beruf zur Trunksucht führen kann, d. h. die mit Erzeugung, Vertrieb und Verkauf alkoholhaltiger Getränke be-

[1]) Man kann mit Zahlen alles beweisen ausgenommen die Wahrheit.

schäftigt sind, zusammengestellt und dabei gefunden, daß das Brauereigewerbe auffallend viel Verletzte jährlich zu entschädigen hat. Während auf 1000 versicherte Personen sämtlicher gewerblicher Berufsgenossenschaften Deutschlands in den 5 Jahren von 1897—1901 nur 41—46 Verletzte jährlich entfielen, stieg diese Ziffer bei der Brauerei-Berufsgenossenschaft auf mehr als das Doppelte, nämlich auf 99—118. Dieses Ergebnis wird noch augenfälliger, wenn man die Unfälle des besonders gefährdeten Bergbaues dagegen hält. So sind im Jahre 1901 von 134 753 Arbeitern beim Bergwerks- und Hüttenbetrieb in Oberschlesien 12 145 = 90,1 ‰ dagegen von 100 903 Brauereiangestellten 11 968 = 118,6 ‰ konstatiert worden. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß die Berg- und Hüttenarbeiter Oberschlesiens dem Branntweingenuß huldigen, während die Brauereiarbeiter den Biergenuß naturgemäß bevorzugen. In gesperrter Schrift fügt G. hinzu: Daß der Betrieb der Brauerei gefährlicher als der des Bergbaues erscheint, ist wohl in erster Linie dem Genuß des gespendeten Freibieres in den Brauereien zuzuschreiben. Und noch eine Zahl aus der Münchener gewerkschaftlichen Statistik von Mauerer.[1]) Das Verhältnis der Mitgliederzahl der einzelnen Berufe zu den Krankheiten in der Münchener Ortskrankenkasse VI ist folgendes:

	% der ges. Mitglieder	% der Krankheitsfälle
Brauer	43	54,9
Bäcker	24	16,1
Konditoren	4	2,2
Metzger	14	9,8
Müller	2	1,8
Tabakarbeiter	5	6,7
Übrige	8	8,5

Welche Mengen in Form des sogenannten Haustrunks von den Brauereien als Naturalleistung ihren Angestellten vertragsmäßig gewährt werden, geht aus Folgendem hervor: Adolf Braun hat im Jahre 1901 Haushaltungsrechnungen Nürnberger Arbeiter herausgegeben im Auftrage des Nürnberger Arbeitersekretariats. In diesen Untersuchungen stellte B. fest, daß 9,21 Proz. der Gesamt-Ausgaben des Haushalts auf Bier verwandt werden. Mit wachsendem Einkommen steigen diese Ausgaben nicht nur relativ, sondern auch absolut.

Es betrugen die Bierausgaben (Branntwein kommt nicht in Betracht):

---

[1]) Die Lage der Brauereiarbeiter in München im Jahre 1901, München 1902.

von Ges.-Ausg.	bis 1000 M.	bis 1250 M.	bis 1500 M.	bis 1750 M.	bis 2000 M.	über 2000 M.
in %	11,25	10,5	9,4	10,4	8,9	6,7

Die Maxima betrugen 324,3 M. = 22 Proz. der Gesamtausgaben bei einem verheirateten kinderlosen Former.

294,1 M. = 24 Proz. } bei je einem
bez. 285,0 „ = 22 „ } Posamentierer.

Dabei sind die Brauer selbst in obigen Budgets gar nicht vertreten. Eine tägliche Naturalleistung, also ein Haustrunk von 7 Liter für den gelernten und 5 Liter für den ungelernten Brauer ist üblich. Über die physiologische Bedeutung von 6—7 l Bier pro Tag ist folgendes zu bemerken. Die Schäden liegen nach zwei Richtungen:

Erstens: In der riesigen Flüssigkeitsmenge; der menschliche Körper des erwachsenen Mannes enthält überhaupt nur 64 Proz. Wasser; bei einem Durchschnittsgewicht von $1^1/_2$ Zentner also 96 Pfd. Wasser; da mehr als die Hälfte dieses Körperwassers in den Muskeln aufgespeichert ist, so fügt der Brauer, der täglich 6—7 l Flüssigkeit zu sich nimmt, seinem „eisernen Bestand“ $^1/_8$ desselben täglich neu hinzu; was müssen der Magen, das Herz, die Nieren täglich an „überflüssiger“ (in wahrem Sinne des Wortes) Arbeit leisten, die wie jedes Übermaß zur Abnutzung dieser so fein konstruierten und sich gegenseitig so fein regulierenden Organe führen muß. Daher das sog. „Münchener Bierherz“.

Ein zweites ist die ebenfalls übermäßige Nahrungsmenge:

In 100 ccm Bier sind nach Rubner 45 g Nähr- bzw. Heizeinheiten (sog. Kalorien) enthalten; 6000 ccm heizen also den Körper mit 2800 Einheiten an, das ist gerade so viel, als der Körper des erwachsenen Mannes in Ruhe braucht; der Münchener Arbeiter braucht etwa 3170 Kalorien nach Forster. Nun sind in erster Linie im Bier Kohlenhydrate vorhanden; ich bin fest überzeugt, daß die Münchener Brauknechte zur Hälfte an sog. „alimentärer Glykosurie“ leiden, wie dies ja die Kliniker Strümpell, Moritz, Krehl und Matthes bei den Jenenser, Münchener und Erlanger Studenten nach viel geringeren Frühschoppen von $1—1^1/_2$ l nachgewiesen haben.

Bestätigt werden obige Nürnberger Zahlen durch eine Angabe in dem Aufsatz von G. Mauerer l. c. Der Haustrunk belief sich in der Woche auf 35—56 l im Durchschnitt etwa 40 l, d. h. auf 6 Tage pro Tag etwa 7 l. Bei dem Hilfspersonal ist er zwar niedriger, aber immer noch hoch genug, um in seinen verderblichen Wirkungen auf eine der Ursachen hinzuweisen, welche die

höheren Altersklassen dieses Berufes in München so schwach vertreten sein läßt. Die Organisation der Gewerkschaften ist bestrebt, so fügt Mauerer hinzu, diesen Haustrunk durch eine Geldvergütung zu ersetzen; bisher ohne Erfolg. Professor v. Grützner, verdienter Kampfesgenosse, erstrebte das Gleiche in den württembergischen Braubetrieben hoffentlich mit besserem Erfolge (s. Mäßigkeitsblätter, Dez. 1903). Wir würden Herrn Professor v. Grützner für eine Mitteilung der Ergebnisse seines Schreibens sehr dankbar sein. Es handelt sich ja um 200 Brauereien, an die das l. c. abgedruckte Schreiben zur Reform des Haustrunks abging.

Ein Erfolg ist ferner aus unserem Wiesbadener Bezirk zu berichten. Kürzlich sind sieben große Frankfurter Brauereien zusammengetreten und haben den Haustrunk abgelöst. Wir entnehmen dem amtlichen Bericht der deutschen Gewerbeaufsichtsbeamten, speziell dem des Wiesbadener Regierungs- und Gewerberat Leymann, folgendes:

10 Brauereien Frankfurts vergüten vom 8. Januar 1904 den Haustrunk mit 15 Pf. pro l; er betrug

für Brauer, „ Mälzer, „ Küfer	7 l	für Fahrburschen, „ Handwerker	4 l
„ Maschinisten, „ Heizer	6 l	„ Taglöhner u. Mitfahrer	4 l
		„ jugendliche Arbeiter	3 l

Kein Angestellter verzichtete ohne Entschädigung auf den Haustrunk! Wenn es nicht möglich war, während der Arbeit alles auszutrinken, so blieben nach der Arbeit die Leute in der Bierausgabe sitzen. Unverheiratete sammelten die Biermarken für Sonntag und tranken das ganze Quantum auf einmal.

Bemerkenswert ist die Abnahme der Betriebsunfälle bei den Frankfurter Brauereiarbeitern von 234 auf 174, d. h. um ein Viertel, die sicherlich in ursächlichem Zusammenhange mit der eingeführten Ablösung des Haustrunkes und der dadurch herbeigeführten Abnahme des Biertrinkens unter den Brauereiarbeitern steht. Die nachstehende Übersicht zeigt die Zahl der in Frankfurt a. M. bei der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft überhaupt angemeldeten Unfälle in den letzten 4 Jahren.

Im Jahre	1901	1902	1903	1904
Unfälle	210	230	234	174

Die Zahl der Arbeiter und der Unfälle dagegen in jenen 10 Brauereien, in denen der Haustrunk abgelöst ist, geht aus der folgenden Zusammenstellung hervor:

Jahr	Zahl der Arbeiter	Zahl der Unfälle	Auf je 100 Arbeiter Unfälle
1900	1239	224	18,1
1903	1240	227	18,3
1904	1308	166	12,7

Im Jahre 1904 hat also in 10 Großbrauereien ein starker Rückgang der Unfälle stattgefunden, während in den übrigen — kleineren — Betrieben eine Zunahme von 6 auf 7 bzw. 11 zu verzeichnen war. Die Abnahme der Unfälle entfällt ferner lediglich auf die im eigentlichen Betriebe und beim Reinigen, Be- und Entladen der Wagen und bei der Pferdewartung beschäftigten Personen, während bei den im Außenbetriebe, besonders beim Transporte von Bier und Eis tätigen Personen sogar eine geringe Steigerung von 43 auf 46 eingetreten ist. Auch dies spricht für die Annahme eines Zusammenhangs der Unfallhäufigkeit mit dem Bierkonsum; denn die Ablösung des Haustrunkes kommt ausschließlich für die im Betriebe usw. beschäftigten Personen in Betracht.

Was Mauerer l. c. über den Haustrunk der Münchener Arbeiter sagt, ist ebenfalls sehr beherzigenswert. Die psychologische Wurzel der Abneigung vieler Arbeitgeber gegen Abschaffung des Haustrunkes liegt in drei Richtungen.

1. Ist der Haustrunk ein Mittel, eine gewisse Euphorie, Zufriedenheit, „Biergemütlichkeit" unter den Angestellten herzustellen und zu erhalten.
2. Ist er ein Mittel, um den Hektoliter-Umsatz für die Aktionäre auf der Höhe zu erhalten (300 von Haase's Leuten (s. u.) trinken p. a. 6000 Hektoliter)!
3. Erblicken die Erzeuger der Biere in der Abschaffung eine Konzession an die Alkoholbekämpfung; etwa in dem Sinne: „Unser Bier ist in Mengen von 6—7 l ganz unschädlich, wie der Haustrunk beweist! Und was leisten unsere Leute dabei!"

Im Aprilheft der „Mäßigkeitsblätter" 1905 hat S. 59 Hoppe auf die geographische Verbreitung der Unfälle, ihre Häufigkeit in Bier stark konsumierenden Kreisen wie in Oberbayern, Donaukreis, sowie auf den Parallelismus zur Frequenzsteigerung der kriminellen Körperverletzungen usw. hingewiesen.

Schließlich zeigt noch die geographische Verteilung der Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft deutliche Beziehungen zum Alkoholkonsum. Am höchsten belastet mit 7,05 bis 7,27 Verletzten auf 100 Versicherte sind Oberbayern und der

Donaukreis in Bayern, dann kommen mit 6,54—6,89 Niederbayern, Regierungsbezirk Wiesbaden und Kassel, in dritter Linie mit 6,01—6,48 Mittelfranken, Schwarzwaldkreis, Unter-Elsaß, Regierungsbezirke Danzig, Marienwerder, Potsdam, Frankfurt, in vierter Linie mit 5,54—5,95 Kgr. Sachsen und Kreis Schwaben, in fünfter Linie mit 5,01—5,48 die übrigen Kreise von Bayern und Baden, ferner Schlesien, Ostpreußen, alle diese über dem Durchschnitt von 4,98. Wie diese Zentren des Bier-, Wein- und Branntweinkonsums sich durch die meisten gewalttätigen Verbrechen (gefährliche Körperverletzungen) auszeichnen, so auch durch die Höchstzahl der Unfälle.

Diesen Zahlen gegenüber machen die Bemerkungen, die Herr Dr. med. P. Bauer (wahrscheinlich ein Hüllname; ich fand seinen Namen nicht unter den Breslauer Ärzten; dabei spielt sich der Verfasser als langjähriger ärztlicher Sachverständiger auf), über die Krankenkassenstatistik der Brauerei E. Haase-Breslau, die sich im übrigen nur auf durchschnittlich 300 Angestellte p. anno erstreckt, einen leichtfertigen Eindruck; demgegenüber denke man an die 100000, die Guttstadt anführt; die von Mauerer l. c. angeführte Statistik nur der Münchener Brauer umfaßt 890 d. i. $^1/_8$ aller in Münchener Brauereien Angestellten. Ich will die B.schen Angaben hier in extenso hinsetzen: („Ein Gläschen in Ehren“ von E. Haase, Brauereibesitzer Breslau. Berlin, P. Parey 1905.)

„Nun will ich noch über die Unfälle ein Wörtchen reden. Die Herren Abstinenzler behaupten, der Biergenuß wäre die Ursache der Unfälle in den Brauereien. Das Biertrinken während der Arbeit wäre längst abgeschafft, wenn die Geschäftsleiter irgendwo unangenehme Erfahrungen gemacht hätten; im Gegenteil, jeder Praktiker weiß, wie hoch die Anregung des Bieres zu schätzen ist. Die Arbeiter brauchen nicht bevormundet zu werden, sie sind verständig genug, um zu wissen, wie weit sie zu gehen haben, und in der Brauerei Haase hat sich bisher jeder Besucher lobend über das Auftreten der Arbeiter ausgesprochen. Der größte Teil der Unfälle besteht aus Hand- und Fingerverletzungen, -Quetschungen und -Verstauchungen, Bein-, Fuß-, Zehenverletzungen, -Quetschungen und -Verstauchungen, die meistens geringfügiger Art sind, aber doch im Interesse beider Teile ärztlich behandelt werden. Die Geschäftsleitung sorgt schon selbst dafür, denn kleine Ursachen — große Wirkungen. Daß in der Brauerei viel derartige Verletzungen vorkommen, ist nicht zu vermeiden. Wir haben mit schwerem rollenden Material zu tun, die kalten und schweren Eisstangen spielen eine große Rolle; im Winter müssen mit erstarrten Händen

die kalten Eisenteile, Faßreifen usw. angefaßt werden, die Hände und Finger sind also nicht gelenkig, häufig auch durch die schweren Arbeiten steif geworden. Der Fußboden ist feucht, die Leute müssen schwere Holzschuhe tragen und sind infolgedessen nicht so beweglich. Alle diese praktischen Dinge haben natürlich die Herren Abstinenzler nie kennen gelernt und erregen infolgedessen mit ihren Nörgeleien in der Praxis nur Unwillen und Verdruß." Sapienti sat! Daß gerade die ungünstigen Betriebsverhältnisse zur doppelten und dreifachen Vorsicht, zur Nüchternheit auffordern, liegt für den Einsichtigen klar zutage. Was würde wohl die Milliarde Menschen, die jährlich in Deutschland auf der Eisenbahn befördert wird, dazu sagen, wenn man trotz des Unfallrisiko den Eisenbahnbeamten täglich 6—7 l Bier verabreichen würde?

Die Abhilfe ex officio ist dreifacher Art: Die Brauereiberufsgenossenschaften und die großen Brauereifirmen — sie stellen nach dem von Haase l. c. wiedergegebenen Aufsatze E. Struves im Deutschen Reich ein Kapital von 1200 Millionen M. dar — haben in erster Linie das Interesse die Unfallziffern herabzusetzen, denn damit sinkt ja auch die Höhe ihrer materiellen Zuschüsse zu den Unfall-Berufsgenossenschaften.

Dann wird auch die „Nörgelei der Abstinenten" über Menschenleben und Menschenknochen, die gefährdet sind, aufhören.

Auch hier mag eine Zahl die Sachlage bezeichnen. Die deutsche Arbeiterversicherung (Amtl. Statistik für die Weltausstellung zu St. Louis Heft III, S. 10) leistete im Jahre 1901 täglich mehr als eine Million M. als Summe dessen, was den Versicherten und deren Angehörigen bar oder in Heilbehandlung zu teil wurde, davon kommen auf Unfallentschädigungen täglich ca. $^1/_3$ Million M. (p. a. 125 Millionen M.). Auf die durch den Alkoholkonsum gesetzte größere Gefährdung kann man gut und gern 10 % rechnen; die amtlichen Zahlen ca. 2 % sind zu niedrig, denn die Angaben der Verletzten beziehen sich meist bei ev. Nachfrage nach der Unfallsursache nur auf sog. sinnlose Betrunkenheit und zwar

1. weil der Arbeiter von der Wirkung kleiner oder mittlerer Alkoholdosen auf Sinnesfunktionen und Aufmerksamkeit keine Ahnung hat,
2. weil er gegebenenfalls Rentenherabsetzung und sonstige Schädigung (Entlassung usw.) fürchtet,
3. weil der Alkoholismus des Dritten (Mitarbeiters) z. B. des

betrunkenen Kutschers, der den Unfall mitverschuldet, meist verschwiegen wird.

Die Arbeiterversicherung würde somit nur in der Unfallabteilung Deutschlands täglich ca. 30 000 d. i. jährlich 9 Millionen M. sparen, wenn das Alkoholverbot auf der Arbeitsstätte so streng wie z. B. in Nordamerika durchgeführt würde, wo die Transportgewerbe von ihren Angestellten volle Enthaltsamkeit fordern.

Ein zweites Interesse haben natürlich die Arbeiterorganisationen selbst. Hier kann nur die Aufklärung wirken; diejenigen deutschen Arbeiter, welche den Gedanken des help yourself noch nicht aufgegeben haben, werden wissen, was sie zu tun haben. Wenn es z. B. gelänge, die Brauereifirmen in Verbindung mit den Gewerkschaften zu veranlassen, daß intelligente Arbeiter in gleicher Weise in der Antialkoholausstellung der Zentrale für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtung zu Charlottenburg herumgeführt werden, wie dies Bittmann-Karlsruhe im November 1903 mit 77 badischen Arbeitern — darunter leider nur ein Bierbrauer — getan, so würde viel Gutes gefördert werden. Auf Seite 109, 110, 111 der von Bittmann angeregten Reiseberichte der Reiseteilnehmer steht über den Biergenuß und über den Ersatz des Alkohols mancherlei Vernünftiges, Neues und Anregendes. Das Heft — Eine Arbeiterreise v. Ob.-Reg.-Rat C. Bittmann, Vorstand der badischen Fabrikinspektion Karlsruhe, Macklot 1904 — verdient die weiteste Verbreitung, die Tat selbst Nachahmung.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Fortsetzung.)

Zweiter Abschnitt.
Ermittlung der Krankheit.

§ 6.

Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an

Kindbettfieber,
Typhus (Unterleibstyphus),

sowie auf Erkrankungen und Todesfälle an

Genickstarre, übertragbarer,
Rückfallfieber,
Ruhr, übertragbarer,
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

finden die in den §§ 6 bis 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krank-

Zu § 6.

Die Polizeibehörden haben von den ihnen auf Grund des § 1 zugehenden Anzeigen jedesmal ungesäumt und Übersendung der betreffenden Kartenbriefe in Ur- oder in Abschrift dem Kreisarzt Mitteilung zu machen.

Auch haben sie dem Kreisarzt, wenn sie auf andere Weise von dem Ausbruch einer der in dem § 1 genannten Krankheiten Kenntnis erhalten, hiervon ungesäumt zu benachrichtigen.

Wird behufs Beschleunigung der Mitteilung der Fernsprecher oder der Telegraph benutzt, so hat gleichzeitig die schriftliche Benachrichtigung zu erfolgen.

Der beamtete Arzt hat in den ersten Fällen der in dem § 1 ge-

heiten, enthaltenen Bestimmungen über die Ermittlung der Krankheit entsprechende Anwendung. Befindet sich jedoch der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritte des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritte des beamteten Arztes ist dem behandelnden Arzte Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem beamteten Arzte der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus- oder Rotzverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind.

nannten Erkrankungen — jedoch mit Ausnahme von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach — sowie in Verdachtsfällen von Kindbettfieber und Typhus unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und falls nach Lage des Falles erforderlich, eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Auch hat er der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht begründet ist.

In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittlung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugeht.

Der beamtete Arzt hat in jedem Falle, bevor er seine Ermittlungen vornimmt, festzustellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, und, wenn dies der Fall, den behandelnden Arzt von seiner Absicht, den Kranken aufzusuchen, so zeitig in Kenntnis zu setzen, daß dieser sich spätestens gleichzeitig mit dem beamteten Arzt in der Wohnung des Kranken einzufinden vermag. Auch hat er den behandelnden Arzt, soweit dieser es wünscht, zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittlungen über die Krankheit erforderlich sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung, rechtzeitig vorher einzuladen.

Die Anordnung der Leichenöffnung zum Zwecke der Feststellung der Krankheit ist außer bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht nur bei Rotz- und Typhusverdacht zulässig und soll nur dann stattfinden, wenn die bakteriologische Untersuchung der Absonderungen und des Blutes (Agglutination) zur Feststellung nicht ausreicht oder nach Lage des Falles nicht ausführbar ist

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern, in welchen die Seuche bereits festgestellt ist, haben die vorstehend bezeichneten Ermittlungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten, bis dahin aber verschont gebliebenen Teile der Ortschaft vorkommen.

Mit der Ermittlung und Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach, sofern sie nicht von einem Arzte angezeigt sind, hat die Polizeibehörde einen Arzt zu beauftragen; sie kann dazu auch einen nicht beamteten Arzt heranziehen, doch hat sie dazu in jedem Falle behufs Kostenersparnis den nächst erreichbaren Arzt zu wählen.

Die Regierungspräsidenten können Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzt Ermittlungen nur im Einverständnisse mit dem Landrat, in Stadtkreisen der Polizeibehörde, und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

Die in den §§ 2 und 3 des Gesetzes aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes — bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach des mit der Feststellung beauftragten Arztes — der Ausbruch der Krankheit festgestellt, oder bei Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber oder

Typhus der Verdacht der Krankheit begründet, so hat die Polizei unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Diese Anordnungen sind dem Betroffenen schriftlich zu geben. Der Gemeindevorsteher hat, falls er nicht selbst die Polizeiverwaltung führt, den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der Polizeibehörde anderweite Verfügung getroffen wird.

Für Ortschaften und Bezirke, welche von Milzbrand, Rotz, Ruhr oder Typhus befallen sind, und in welchen ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, kann geeignetenfalls im Polizeiverordnungswege angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) womöglich durch einen Arzt zu unterwerfen ist.

Die Landräte, in Stadtkreisen die Ortspolizeibehörden, haben dem Regierungspräsidenten an jedem Montage eine Nachweisung über die in dem Kreise in der vorhergehenden Woche amtlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten nach anliegendem Muster (Anlage 3) einzureichen.

Anlage 3.

Auf Grund dieser Nachweisung haben die Regierungspräsidenten Wochennachweisungen über die in dem Regierungsrezirk vorgekommenen Erkrankungen und Todesfälle der bezeichneten Art nach anliegen-

Anlage 4.

dem Muster (Anlage 4) aufstellen zu lassen, und je ein Exemplar derselben dem Oberpräsidenten und dem Minister der Medizinalangelegenheiten, lezterem direkt und so zeitig einzureichen, daß sie spätestens am Mittwoch Abend jeder Woche dort eingehen.

§ 7.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Bestimmungen ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die daselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Zu § 7.

Ist die Anzeigepflicht auf eine der in dem § 1 nicht aufgeführten übertragbaren Krankheiten für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie ausgedehnt worden, so findet die Bestimmung zu § 4 entsprechende Anwendung. Wegen der Art der Ermittlung und Feststellung der ersten Fälle wird zugleich mit der Einführung der Anzeigepflicht für diese Krankheiten das Erforderliche angeordnet werden.

Ermittelung a) der Krankheit

Die Ermittlungen (s. § 6 des Reichsgesetzes[1]) sind über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen. Die Art der Krankheit wird jedesmal dann zu ermitteln sein, wenn die Polizeibehörde auf andere Weise als durch die in § 1 vorgeschriebene Anzeige Kenntnis von dem Ausbruch einer der in § 1 genannten Krankheiten erhalten hat. Diese Kenntnis über den Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in ländlichen Verhältnissen oder über das Vorkommen verdächtiger Todesfälle kann z. B. die Behörde, falls ein Arzt nicht zugezogen ist, erhalten durch Mitteilungen des Lehrers, des Geistlichen oder des Gemeindevorstehers, gelegentlich aber auch durch private Personen. Solche Mitteilungen werden manchmal auch dem Kreisarzt, wenn er sich aus anderer dienstlicher Ursache in einer Ortschaft aufhält, gelegentlich gemacht werden.

Ist die Anzeige aber durch den zugezogenen Arzt erfolgt, so fällt damit die Ermittlung über die Art der Krankheit selbstverständlich in der Regel fort, eine solche würde sich nur in den seltenen Fällen als notwendig erweisen, wenn anzunehmen ist, daß ein Irrtum des die Anzeige erstattenden Arztes vorliegt.

b) des Standes der Krankheit,

Eine Ermittelung über den Stand, d. h. die Ausbreitung der

[1]) Den Inhalt der Bestimmungen der jedesmal angeführten Paragraphen des Reichsgesetzes zu wiederholen erübrigt sich um so mehr, als die Ausführungsbestimmungen auf den Bestimmungen des Reichsgesetzes basieren.

Krankheit, wird in allen Fällen vorzunehmen sein. Auch dann, wenn nur ein einzelner Fall aus einer Ortschaft zur Anzeige gelangt ist, empfiehlt es sich nachzuforschen, ob nicht etwa andere Fälle noch vorhanden oder vorangegangen sind, welche von den Angehörigen etwa nicht erkannt oder auch aus irgend einem Grunde verheimlicht wurden.

c) der Ursache der Krankheit

Ebenso wichtig und notwendig ist es, nach der Ursache der Krankheit Ermittlungen anzustellen. Das Wichtigste bleibt es, falls plötzlich mehrere Fälle einer übertragbaren Krankheit in einer Ortschaft auftreten, festzustellen, ob die Fälle etwa mit früheren Fällen in Verbindung stehen oder ob sie ferner, wie es bei Cholera, Unterleibstyphus und Ruhr nicht selten der Fall sein wird, auf verseuchtes Wasser, verseuchte Milch oder sonstige infizierte Nahrungs- oder Genußmittel zurückzuführen sind. Namentlich wird auch nachzuforschen sein, ob nicht schon früher verdächtige Todesfälle oder auch ganz leicht verlaufende Krankheitsfälle — so mit Bezug auf Unterleibstyphus Fälle von „gastrischem Fieber“, mit Diarrhöen und Fieber verlaufende Erkrankungen bei Kindern, die erfahrungsgemäß nicht selten nur leicht erkranken — vorgekommen sind.

Vornahme der Ermittelungen durch beamtete oder andere Ärzte.

Die Ermittlungen haben sich auf alle Erkrankungen und Todesfälle bei einer der in § 6 Abs. 1 des vorliegenden Gesetzes namhaft gemachten Krankheiten zu erstrecken. In nur verdächtigen Fällen haben nach dem Reichsgesetz stets die Ermittlungen stattzufinden, nach dem vorliegenden Gesetz sind sie indessen nur bei Kindbettfieber und Unterleibstyphus vorzunehmen. Die verdächtigen Fälle bei den letztgenannten Krankheiten unterliegen zwar nicht der Anzeigepflicht, die Behörde kann indessen einmal auf dem oben angedeuteten Wege, dann aber auch von verdächtigen Krankheiten im Wochenbett durch die Hebamme Kenntnis erhalten.

Mit den Ermittlungen der in § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten hat die Behörde den beamteten Arzt zu betrauen. Welche Ärzte unter beamteten zu verstehen sind, wird in § 13 des Gesetzes ausgeführt. Unter gewöhnlichen Verhältnissen kommt nur der Kreisarzt in Frage.

Auch nach Feststellung der ersten Fälle können von der Ortspolizeibehörde weitere Ermittlungen angeordnet werden, soweit solche erforderlich sind, um die Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen. Die höheren Verwaltungsbehörden (Regierungspräsidenten, Polizeipräsident für den Landespolizeibezirk Berlin) können

sogar Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- und Todesfall anordnen. Diese Bestimmung dürfte sich besonders für die großen Städte, in denen die einzelnen übertragbaren Krankheiten fast nie ganz aufhören, eine Feststellung der ersten Fälle also nicht in Frage kommt, als wichtig erweisen.

Ermittlungen bei Diphtherie, Scharlach und Körnerkrankheit.

Die Ermittlungen, wie sie bei den in § 6 Abs. 1 des Gesetzes genannten Krankheiten vorgesehen sind, darf die Ortspolizeibehörde bei Fällen von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach (§ 6 Abs. 4) nur dann vornehmen lassen, wenn diese nicht ärztlich angezeigt sind, sie also auf andere (s. oben) Weise Kenntnis von diesen erhalten hat. Weitere, über die Feststellung der ersten Fälle (s. aber dazu § 6 Abs. 2 des Reichsges.) hinausgehenden Ermittlungen dürfen aber bei diesen Krankheiten nicht vorgenommen werden.

Mit den Feststellungen der ersten Fälle dieser Krankheiten kann von der Ortspolizeibehörde jeder Arzt betraut werden. In den Motiven heißt es hierzu: „Bei den im § 6 Abs. 1 nicht genannten übertragbaren Krankheiten: Diphtherie, Körnerkrankheit, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose und Scharlach ist wegen ihrer verhältnismäßig leichten Erkennbarkeit die Mitwirkung des beamteten Arztes im allgemeinen entbehrlich.“ Da die mit der Feststellung der ersten Fälle der genannten Krankheiten betrauten Ärzte, auch wenn sie sonst beamtete Ärzte sind, nicht der Schutz der Strafbestimmungen (§ 35 Ziffer 2 u. 3) zur Seite steht, werden sie, falls sie Schwierigkeiten bei der Feststellung haben sollten, gut tun, ein Organ der Ortspolizeibehörde unter Vorzeigung ihres von der Behörde erhaltenen Auftragschreibens um Begleitung zu ersuchen.

Bei den anderen Infektionskrankheiten ist die alleinige Mitwirkung des beamteten Arztes dagegen wohl deswegen hauptsächlich vorgesehen, weil ihm alle Mittel und Wege bekannt sind und zu Gebote stehen, um in zweifelhaften Fällen nötigenfalls durch die bakteriologische oder Blutuntersuchung die Diagnose auf das schleunigste sicherzustellen bzw. sicherstellen zu lassen.

Will der beamtete Arzt in den Fällen des § 6 Abs. 1 zur Vornahme seiner Ermittlungen den Kranken selbst besuchen, so bedarf er der Genehmigung des behandelnden Arztes, auch hat er diesem vorher Gelegenheit zu einer entsprechenden Erklärung zu geben.

Zuziehung des behandelnden Arztes.

Nach den Ausführungsbestimmungen soll nun der beamtete Arzt, ehe er seine Ermittlungen vornimmt, zunächst feststellen, ob der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet. Dieses wird

er in den meisten Fällen schon aus der bei der Ortspolizei eingegangenen Anzeige (Meldekarte) ersehen können. Steht der Kranke tatsächlich in ärztlicher Behandlung, so wird der beamtete Arzt den behandelnden Arzt je nach den Verhältnissen mündlich, telephonisch oder schriftlich, falls er den betreffenden Kranken selbst zur Vornahme der Ermittlungen besuchen will, in Kenntnis zu setzen und Tag und Stunde seines Besuchs anzugeben haben. Die Zeit für die Ermittlungen ist bei aller Beschleunigung so zu wählen, daß nach aller Voraussicht noch Antwort des behandelnden Arztes eingehen und dieser die Möglichkeit hat, noch rechtzeitig bei dem Kranken einzutreffen.

Wenn somit auf der einen Seite die Möglichkeit des Zutritts zu dem Kranken für den beamteten Arzt wesentlich von der Zustimmung des behandelnden Arztes abhängig ist, so wird sich letzterer auf der anderen Seite doch stets vor Augen halten müssen, daß er dem beamteten Arzte den Zutritt nur dann zu versagen hat, wenn hiervon tatsächlich eine gesundheitliche *Gefährdung* des von ihm behandelten Kranken zu befürchten ist. Eine solche Gefährdung dürfte aber doch nur selten durch den beamteten Arzt, der denn doch in erster Reihe eben Arzt ist und die auf den Kranken zu nehmende Rücksicht kennt, zu befürchten sein. Im übrigen wird der beamtete Arzt in den Fällen, in denen es sich nicht mehr um die Feststellung der Art der Krankheit handelt, häufig in der Lage sein, die notwendigen Ermittlungen durch Befragen der Angehörigen oder der Umgebung des Kranken *anzustellen, ohne* daß es des *Zutritts* zu dem Kranken selbst *bedarf*.

In diesen Fällen *bedarf* er selbstverständlich auch der *Genehmigung* des behandelnden Arztes *nicht*.

Die oben gemachten Ausführungen gelten auch für die Ermittlungen bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben, bei welchen der beamtete Arzt auch noch die Zustimmung des Haushaltungsvorstandes haben muß, *falls* er Zutritt zu der Kranken nehmen will.

Der beamtete Arzt hat den behandelnden Arzt nach den Ausführungsbestimmungen zwar auch zu den Untersuchungen, welche zu den Ermittlungen über die Krankheit notwendig sind, namentlich auch zu einer etwa erforderlichen Leichenöffnung rechtzeitig vorher einzuladen, doch *nur*, wenn der *behandelnde Arzt* es *wünscht*. Sache des letzteren ist daher diesen Wunsch zu äußern.

Pflicht der Auskunftserteilung.

Eine sehr wichtige Bestimmung der Ausführungsbestimmungen ist es, daß alle in den §§ 2 und 3 des Gesetzes angeführten Personen, also vor allem auch der zugezogene Arzt, sei es, daß er als behandelnder Arzt oder zur Vornahme der Leichenschau zugezogen ist, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen haben.

Anordnung der Leichenschau.

Ebenso wichtig ist auch die Bestimmung, daß dort, wo ein allgemeiner Leichenschauzwang nicht besteht, die Leichenschau, welche dann möglichst durch Ärzte auszuüben ist, bei dem Auftreten von Milzbrand, Rotz, Ruhr und Typhus angeordnet werden kann.

Dasselbe wird übrigens durch die Anweisungen des Bundesrats zum Reichsseuchengesetz bei Cholera, Pest und Pocken vorgesehen.

Dritter Abschnitt.

Schutzmaßregeln.

§ 8.

Zur Verhütung der Verbreitung der nachstehend genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12 bis 19 und 21 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden, und zwar bei:

1. Diphtherie (Rachenbräune): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), jedoch mit der Maßgabe, daß die Überführung von Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist, Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung,

Zu § 8.

Die in dem § 8 bei den einzelnen Krankheiten aufgeführten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln bezeichnen vorbehaltlich der Bestimmung des § 9 das Höchstmaß dessen, was bei den betreffenden Krankheiten im äußersten Fall polizeilich angeordnet werden darf.

Die Polizeibehörden sollen in der Regel nicht alle diese Maßregeln in jedem Falle zur Anwendung bringen, sondern sich auf diejenigen beschränken, welche nach Lage des Falles ausreichend erscheinen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Die beamteten Ärzte haben diese Gesichtspunkte bei ihren den Polizeibehörden zu machenden Vorschlägen zu berücksichtigen.

Bei der Auswahl der Maßregeln ist einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit notwendig ist, andererseits aber dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falles zu weitgehenden Maßregel unnötig in die persönlichen

Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, welche von der Krankheit befallen sind, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

2. Genickstarre, übertragbarer: Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
3. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber): Verkehrsbeschränkungen für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen (§ 14 Abs. 5), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3).

Ärzte, sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen haben in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen.

Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche bei einer an Kindbettfieber Erkrankten während der Entbindung oder im Wochenbette tätig sind, ist während der Dauer der Beschäftigung bei der Erkrankten und innerhalb einer Frist von acht Tagen nach Beendigung derselben jede anderweite Tätigkeit als Hebamme oder Wochenbettpflegerin untersagt. Auch nach Ablauf der achttägigen Frist ist eine Wiederaufnahme und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird oder vermeidbare Kosten entstehen.

I. Einer Beobachtung (§ 12 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus;
2. kranke, krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker;
3. ansteckungsverdächtige Personen bei Tollwut, d. h. solche Personen, welche von einem tollen oder tollwutverdächtigen Tiere gebissen worden sind.

Krank im Sinne des Gesetzes sind solche Personen, bei welchen eine der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten festgestellt ist;

Krankheitsverdächtig sind solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten befürchten lassen;

Ansteckungsverdächtig sind solche Personen, bei welchen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff einer der in dem § 1 aufgeführten Krankheiten in sich aufgenommen haben.

Anscheinend gesunde Personen in der Umgebung von Typhuskranken, welche in ihren Ausleerungen Typhusbazillen ausscheiden, sind auf die Gefahr, welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen anzuhalten.

Die Beobachtung hat in schonen-

der Tätigkeit nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung und Instrumente nach Anweisung des beamteten Arztes gestattet. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vor Ablauf der achttägigen Frist ist jedoch zulässig, wenn der beamtete Arzt dies für unbedenklich erklärt;

4. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom): Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
5. Lungen- und Kehlkopfstuberkulose: Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
6. Rückfallfieber (Febris recurrens): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Überwachung der Schiffahrt (§ 15 Nr. 4 und 5), Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
7. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie): Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der

der Form und so zu geschehen, daß Belästigungen tunlichst vermieden werden. Sie wird, abgesehen von den etwa erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen, in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder eine sonst geeignete Person in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der betreffenden Person eingezogen werden. Die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen richtet sich nach der Zeit, welche erfahrungsgemäß zwischen der Ansteckung und dem Ausbruch der Krankheit liegt, und wird noch besonders geregelt werden.

Eine verschärfte Art der Beobachtung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte, ist nur solchen Personen gegenüber zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

II. Die Regierungspräsidenten können für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben im Polizeiverordnungswege vorschreiben, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer der Inkubationszeit entsprechend zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind (§ 13 des Reichsgesetzes).

Unter zureisenden Personen sind nicht nur ortsfremde Personen, die von auswärts eintreffen, sondern auch ortsangehörige Personen zu verstehen, die nach längerem oder kürzerem Verbleiben in einer von der betreffenden Krankheit betroffenen Ortschaft

Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

8. Scharlach: wie zu Nr. 1;
9. Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben: Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2);
10. Typhus (Unterleibstyphus): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);

oder in einem solchen Bezirke nach Hause zurückkehren.

III. Einer Absonderung (§ 14 Abs. 2 des Reichsgesetzes) können unterworfen werden:

1. kranke Personen, und zwar:
   a) ohne Einschränkung bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr und Tollwut; Erwachsene auch bei Diphtherie und Scharlach;
   b) bei Diphtherie und Scharlach unterliegen auch Kinder der Absonderung, jedoch mit der Maßgabe, daß ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angewendet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist;
   c) kranke Personen, welche gewerbsmäßige Unzucht treiben, bei Syphilis, Tripper und Schanker.
2. kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus.

Die Absonderung Kranker und krankheitsverdächtiger Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt, und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in

11. Milzbrand: Überwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
12. Rotz: Beobachtung kranker Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3). Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
13. Tollwut: Beobachtung gebissener Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2).

Erkrankungsfälle, in welchen Verdacht von Kindbettfieber (Nr. 3), Rückfallfieber (Nr. 6), Typhus (Nr. 10) und Rotz (Nr. 12) vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachts wie die Krankheit selbst zu behandeln.

der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Sache des beamteten Arztes in Verbindung mit dem behandelnden Arzte wird es sein, die Absonderung womöglich in der Behausung des Kranken durchzuführen; in Fällen aber, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich ist, durch entsprechende Vorstellungen nach Möglichknit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich freiwillig in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, welche sich in engen, dicht bevölkerten Wohnungen in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen usw. oder in Räumen neben Milch- und Speisewirtschaften oder auf Gehöften, welche Milchlieferungen besorgen, befinden, sowie von Personen, welche kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen.

IV. Wohnungen oder Häuser, in welchen an Rückfallfieber oder Typhus erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden. (§ 14 Abs. 4 des Reichsgesetzes.)

Dies hat bei Tage durch eine gelbe Tafel mit dem Namen der betreffenden Krankheit, bei Nacht durch eine gelbe Laterne zu geschehen, welche an einer in die Augen fallenden Stelle anzubringen sind.

Ungeachtet der Schwierigkeiten,

mit welchen die Durchführung unter Umständen, z. B. in Großstädten, verbunden sein mag, wird doch geeignetenfalls von dieser Maßnahme namentlich in Ortschaften mit dicht zusammenwohnender Bevölkerung, z. B. in Industriegebieten, Gebrauch gemacht werden müssen.

V. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus (§ 14 Abs. 5 des Reichsgesetzes).

Diese Beschränkungen werden in der Regel darin zu bestehen haben, daß Pflegepersonen, welche einen mit einer dieser Krankheiten behafteten Kranken in Pflege haben, nicht gleichzeitig eine andere Pflege übernehmen dürfen, daß sie während der Pflege ein waschbares Überkleid zu tragen, die Vorschriften des beamteten Arztes bezüglich Desinfektion gewissenhaft zu befolgen und den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst zu meiden haben.

Geben sie die Pflege des Kranken auf, so ist ihnen zu untersagen, die Pflege eines anderen Kranken zu übernehmen, bevor sie sich selbst ihre Wäsche und Kleidung einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen haben.

VI. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus gehäuft vorkommen, können hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebes von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln angeordnet, auch können Gegenstände der bezeichneten Art vorübergehend vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen werden (§ 15 Ziff. 1 und 2 des Reichsgesetzes).

Von den hierhergehörigen Betrieben kommen namentlich in Betracht: Vorkosthandlungen bei Diphtherie und Scharlach, Molkereien und Milchhandlungen bei diesen beiden Krankheiten und bei Typhus, Abdeckereien, Gerbereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken, Roßhaarspinnereien, Schlächtereien und Wollsortierereien bei Milzbrand.

Mit dem Zeitpunkte, in welchem der Kranke in ein Krankenhaus übergeführt und die Wohnung wirksam desinfiziert ist, sind die Beschränkungen unverzüglich wieder aufzuheben.

VII. Für Ortschaften und Bezirke, in welchen Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus aufgetreten ist, kann die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verboten oder beschränkt werden, sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat.

Vor Erlaß derartiger Anordnungen ist sorgfältig zu prüfen, ob die Größe der abzuwendenden Gefahr mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen für die Bevölkerung in einem entsprechenden Verhältnisse steht.

VIII. Jugendliche Personen aus Behausungen, in welchen eine

Erkrankung an Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus vorgekammen ist, müssen, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit aus diesen Behausungen zu befürchten ist, vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden (§ 16 des Reichsgesetzes).

Auch ist darauf hinzuwirken, daß der Verkehr dieser Personen mit anderen Kindern, insbesondere auf öffentlichen Straßen und Plätzen, möglichst eingeschränkt wird.

IX. In Ortschaften, welche von Ruhr oder Typhus befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend, kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden (§ 17 des Reichsgesetzes).

Vor dem Erlaß einer solchen Anordnung ist sorgfältig zu prüfen, ob die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist, zur Verbreitung der Krankheit beizutragen. Die Entscheidung hierüber ist nicht ohne vorherige Anhörung des beamteten Arztes zu treffen. In Zweifelsfällen ist eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen.

X. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen an Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten (§ 18 des Reichsgesetzes).

Diese einschneidende, nicht selten erhebliche Aufwendungen bedingende Maßregel darf nur ausnahmsweise in Fällen dringender Not, z. B. dann angeordnet werden, wenn die betreffenden Wohnungen und Gebäude so schlecht gehalten oder so überfüllt sind, daß sie die Bildung eines Seuchenherdes veranlaßt haben oder befürchten lassen.

XI. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden. Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden (§ 19 Abs. 1 und 3 des Reichsgesetzes).

Für die Ausführung der Desinfektion ist die anliegende Desinfnsanweisung (Anlage 5) maßgebend.

Anlage 5.

Abgesehen von der Wäsche, Kleidung, den persönlichen Gebrauchsgegenständen und dem Wohnzimmer des Kranken sind bei der Desinfektion besonders zu berücksichtigen:

der Nasen- und Rachenschleim, sowie die Gurgelwässer bei Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose und Scharlach,

die Stuhlentleerungen bei Ruhr und Typhus,

der Urin bei Typhus.

die eitrigen Absonderungen und Verbandmittel bei Kindbettfieber, Milzbrand und Rotz.

Es ist regelmäßig anzuordnen und sorgfältig darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung oder dem Tode des Erkrankten eine sogenannte Schlußdesinfektion stattfindet, sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörde, der beamteten und praktischen Ärzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen.

XII. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden (§ 21 des Reichsgesetzes).

Als solche kommen in Betracht:

Einhüllen der Leichen in Tücher, welche mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Füllung des Sargbodens mit einem aufsaugenden Stoffe, baldige Schließung des Sarges, Überführung des Sarges in ein Leichenhaus oder einen anderen geeigneten Absonderungsraum, Verbot der Ausstellung der Leiche im Sterbehause oder im offenen Sarge, Beschränkung des Leichengefolges, Verbot der Leichenschmäuse, baldige Bestattung, Vorschrift der Beobachtung von Desinfektionsmaßregeln seitens der Leichenträger.

Die Begleitung der Leichen der an Diphtherie oder Scharlach verstorbenen Personen durch Schulkinder und das Singen der Schulkinder am offenen Grabe dieser Leichen ist zu verbieten.

§ 9.

Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Zu § 9.

1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung von Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, soll nur in Orten und in Bezirken stattfinden, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Körnerkrankheit stattfindet.

Die zwangsweise Behandlung kann in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden oder in einem geeigneten Krankenhause stattfinden, die Unterbringung in einem Krankenhause jedoch nur dann, wenn zur Heilung des Falles die Vornahme einer Operation erforderlich ist. Die Vornahme einer solchen ist nur mit Zustimmung des Kranken zulässig.

Findet die Behandlung in einer öffentlichen Sprechstunde statt, so können die Kranken angehalten werden, sich an bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmten Tagen und Stunden zur Untersuchung einzufinden. Wird bei dieser Untersuchung festgestellt, daß sie an Syphilis, Tripper oder Schanker leiden, so sind sie anzuhalten, sich ärztlich behandeln zu lassen.

Es empfiehlt sich, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Können die betreffenden Personen nicht nachweisen, daß sie diese Sprechstunden in dem erforderlichen Umfange besuchen, oder besteht begründeter Verdacht, daß sie trotz ihrer Erkrankung den Betrieb der gewerbsmäßigen Unzucht fortsetzen, so sind sie unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus zu überführen und aus demselben nicht zu entlassen, bevor sie geheilt sind.

§ 10.

Die Verkehrsbeschränkungen aus den §§ 24 und 25 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf Körnerkrankheit, Rückfallfieber und Typhus mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß das Staatsministerium ermächtigt ist, Vorschriften über die zu treffenden Maßnahmen zu beschließen und zu bestimmen, wann und in welchem Umfange dieselben in Vollzug zu setzen sind.

§ 11.

Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln

für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes nicht genannte übertragbare Krankheiten in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Die auf Grund der vorstehenden Bestimmung und auf Grund der §§ 5 und 7 ergangenen Verordnungen sind dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten vorzulegen. Sie sind außer Kraft zu setzen, soweit der Landtag seine Zustimmung versagt.

Anzuwendende Schutzmassregeln.

Nach § 8 Abs. 1 des preußischen Gesetzes sind bei den hier aufgeführten übertragbaren Krankheiten die Maßnahmen, welche nach den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes bei den in diesem Gesetz namhaft gemachten Krankheiten zur Anwendung kommen können, nur in beschränktem Umfange zulässig.[1])

So sind sie auf ansteckungsverdächtige Personen (1. Ausführungsbest. zu § 8 Abs. 1) nur in dem einen Falle anwendbar, wenn es sich um Syphilis, Tripper und Schanker handelt, und auch nur, falls die betreffenden Personen gewerbsmäßig Unzucht treiben. Von den Verkehrsbeschränkungen des Pflegepersonals wird unten die Rede sein.

Auch auf die krankheitsverdächtigen Personen (Ausführungsbest. zu § 8 Ziffer I) finden von den nach dem Reichsgesetz zulässigen Maßnahmen nur Beobachtung und Absonderung,

---

[1]) In der Medizinalabteilung des Kultusministeriums sind sicherem Vernehmen nach wichtige Änderungen der Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz ausgearbeitet worden, welche demnächst zur Veröffentlichung kommen sollen. Die Änderungen beziehen sich zwar, so viel bekannt, im wesentlichen auf die Desinfektionsanweisung, aller Wahrscheinlichkeit nach werden aber auch die Ausführungsbestimmungen zu § 8 eine Umgestaltung erfahren. Unter diesen Umständen mußte vorläufig davon Abstand genommen werden, die zur Zeit vorliegenden Ausführungsbestimmungen zu § 8 einer erläuternden Erörterung zu unterziehen. Die gegebenen Erläuterungen beziehen sich vielmehr nur auf die feststehenden Bestimmungen des Gesetzes selbst. Sollten die demnächst zu erlassenden Ausführungsbestimmungen eine besondere Erläuterung bedingen, so wird diese in Form eines Nachtrags erscheinen.

und zwar nur bei Rückfallfieber, Typhus und Rotz, ferner nur Beobachtung allein bei den oben genannten Geschlechtskrankheiten, und zwar auch nur mit den erwähnten Einschränkungen Anwendung.

Mit Bezug auf kranke Personen, d. h. solche Personen, bei denen eine übertragbare Krankheit festgestellt ist, können jedoch verschiedene Maßnahmen des Reichgesetzes in Anwendung kommen.

Beobachtung des Kranken.

Als erste Maßregel kommt die Beobachtung des Kranken in Frage. Sie ist zulässig bei Personen, welche an Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Geschlechtskrankheiten, Unterleibstyphus und Rotz leiden.

In welcher Weise die Beobachtung stattzufinden hat, ist in den Ausführungsbestimmungen zu § 8 enthalten.[1]) Die Beobachtung ist die mildeste Maßregel.

Absonderung des Kranken.

Die im Reichsgesetz vorgesehene Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte ist nach dem preußischen Gesetz nicht zulässig.

Die Beobachtung allein wird indessen nur in seltenen Fällen genügen, um die Weiterverbreitung einer Krankheit zu verhindern, deswegen ist sie bei einer Reihe von Krankheiten mit Bezug auf die Kranken selbst überhaupt nicht vorgesehen, so bei Diphtherie Scharlach, Genickstarre und Ruhr. Als weitere Maßregel kann die Absonderung des Kranken zur Anwendung gelangen.

Für die Absonderung kommt zunächst die Absonderung des Kranken in der Wohnung selbst in Betracht. Nur wo diese nicht durchzuführen ist oder nicht in ausreichender Weise erfolgt, wird die Überführung des Kranken in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum notwendig werden. Unter sonstigen geeigneten Unterkunftsräumen sind hier solche Räume zu verstehen, welche zur Unterbringung von Kranken an Orten eingerichtet worden sind, in welchen sich entweder kein Krankenhaus befindet oder wo dieses keine zur Absonderung geeignete Räume besitzt. Eine derartige Absonderung des Kranken bzw.

---

[1]) In kurzer Zeit werden ähnliche Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten vonseiten des Medizinalministeriums herausgegeben werden, wie sie bereits zur Bekämpfung der Cholera, der Pocken, der Pest, des Gelbfiebers und des Aussatzes erschienen sind. In diesen werden zweifellos noch nähere Bestimmungen inbetreff der einzelnen Krankheiten enthalten sein, namentlich auch darüber, wie lange die Beobachtung bei jeder Krankheit zu erfolgen hat.

seine Überführung in ein Krankenhaus kann angeordnet werden bei Diphtherie, Scharlach, Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr, Geschlechtskrankheiten, Unterleibstypus, Rotz und Tollwut.

Bei Diphtherie und Scharlach kann für erwachsene Kranke zwar gegebenenfalls ihre Überlieferung in ein Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum auch gegen den Willen des Kranken bzw. der Angehörigen angeordnet werden, für Kinder aber nur mit Genehmigung der Eltern, sonst nur dann, wenn nach Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung nicht sichergestellt ist. Auch hier ist also der behandelnde Arzt zu wesentlicher Mitwirkung berufen. Es ist ihm damit aber auch eine große Verantwortlichkeit auferlegt und er wird in gegebenen Fällen, so sehr er auch das Empfinden der Eltern zu schonen bemüht sein mag, gewissenhaft zu erwägen haben, ob nicht durch das Verbleiben eines mangelhaft abgesonderten Kindes in der Wohnung eine Weiterverbreitung der Krankheit befördert und dadurch größeres Unheil und größerer Jammer heraufbeschworen wird, als wenn das Kind, auch gegen den Willen der Eltern, in ein Krankenhaus überführt wird. Die Verständigung des beamteten Arztes mit dem behandelnden wird in ähnlicher Weise herzustellen sein, wie dieses in den Erläuterungen zu § 6 angegeben ist.

Mitwirkung des behandelnden Arztes bei Absonderung des Kranken.

(Schluß folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Darf der Arzt über die Krankheit des von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Genehmigung der Krankenkasse Auskunft erteilen? Von Dr. Paul Brunn, Vorstandsmitglied der Landesversicherungsanstalt Berlin. (Die Arbeiterversorgung Nr. 8 1906). Über die Frage, ob der Arzt berechtigt ist, über die Krankheit eines von ihm behandelten Kassenmitgliedes ohne dessen Erlaubnis der Krankenkasse Auskunft zu erteilen, hat sich der großh. badische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 14. November 1905 geäußert. Eine Kasse hatte zu ihrem Statut den Zusatz beschlossen:

> „Die Ärzte sind berechtigt, der Verwaltung der Kasse die zur Feststellung der Unterstützungsansprüche sowie die für die Geschäftsführung notwendigen Auskünfte zu erteilen".

Den die Genehmigung mit Rücksicht auf § 300 des Strafgesetzbuches versagenden Bescheid focht die Kasse mit der Klage an.

Zu dieser für die Ärzte und Kassen wichtigen Streitfrage äußert sich Brunn in folgender Weise:

§ 300 RStGB. bedroht außer anderen Personen Ärzte sowie deren Gehilfen mit Geldstrafe bis zu 1500 Mk. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind. In Literatur und Judikatur herrscht darüber Übereinstimmung, daß zu den Privatgeheimnissen im Sinne des § 300 zunächst die Krankheit selbst, sodann aber auch alles das gehört, was der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung des Kranken erfahren hat, z. B. über die Ursachen der Krankheit. Diese Tatsachen brauchen dem Arzt nicht ausdrücklich als Geheimnis anvertraut zu sein, sondern sie gelten ohne weiteres dafür, wenn sie ihm in seiner Eigenschaft als Arzt mitgeteilt, oder seiner Kenntnis zugänglich gemacht sind. Der Tatbestand des § 300 erfordert weiter, daß die Preisgabe des Privatgeheimnisses unbefugt geschehen ist. Dies ist zweifellos dann nicht der Fall, wenn der Kranke selbst die Erlaubnis zur Offenbarung gegeben hat. Unbefugt ist die Offenbarung auch dann nicht, wenn sie nicht widerrechtlich ist, d. h. wenn sie entweder im Gesetz gefordert oder doch für zulässig erklärt wird. Es braucht dies nicht expressis verbis zu geschehen, sondern es genügt, daß die Durchführung des Gesetzes ohne die Offenbarung dieser Privatgeheimnisse nicht möglich ist. Letzteres trifft, wie das oben erwähnte Erkenntnis des großh. badischen Verwaltungsgerichtshofes überzeugend darlegt, für das Krankenversicherungsgesetz zu.

Die Kasse, welche den Kranken ärztliche Behandlung usw. zu gewähren hat, ist berechtigt, vom Arzte eine eingehende Darlegung der Krankheit und ihre Veranlassung in speziellen Fällen einzufordern, damit sie sich z. B. darüber schlüssig werden kann, ob Krankenhausbehandlung auf ihre Kosten eintreten soll oder nicht. Deswegen aber ist der durch § 300 RStGB. gewährte Schutz für die der Krankenversicherung unterstellten Personen nicht beseitigt. Sache des Arztes wird es vielmehr sein, im einzelnen Falle in eine Prüfung darüber einzutreten, wie weit für die Kasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten Kenntnis der Krankheit, ihrer Ursache, ihres Verlaufes usw. erforderlich ist. Danach erscheint es Verfasser nicht zulässig, daß die Kasse, wie das in der Praxis häufig üblich ist, bezüglich jedes einzelnen Patienten die Ausfüllung einer Zählkarte vom Arzt fordert, in der genauere Angaben über die Krankheit gemacht werden. Derartige Erhebungen haben, zumal sie in der Regel erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen, meistens wissenschaftliche Zwecke, z. B. um Material über die Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten in bestimmten Berufen (Gewerbekrankheiten) usw. zu sammeln. Können derartige Feststellungen nicht in der Weise erfolgen, daß der Name des Patienten weder genannt, noch auch von der Kasse durch Nachschlagen der Buchnummer jeder Zeit ermittelt werden kann, so dürften sie ebenso unzulässig sein, wie nach herrschender Ansicht die Veröffentlichung eines Krankheitsfalles im Interesse der medizinischen Wissenschaft unter Bezeichnung des Patienten.

Brunn spricht zum Schluß die Hoffnung aus, daß bei der in Aussicht stehenden Neuregelung des Krankenversicherungswesens dadurch Wandel geschaffen werden wird, daß die Ärzte zur Auskunftserteilung an die Kasse allgemein autorisiert werden; allerdings müßten dann die Strafbestimmungen des § 300 RStGB. auch auf die Angestellten der Kasse ausgedehnt werden.

Die Einweisung von Invalidenrentenbewerbern in ein Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde. (Von Amtmann Bazille in Stuttgart. Die Arbeiterversorgung Nr. 7 1906). Verfasser empfiehlt den unteren Verwaltungsbehörden vor der Begutachtung von Invalidenrentenansprüchen unter Umständen auch eine Beobachtung im Krankenhaus anzuordnen, vor dieser Verordnung aber sich zweckmäßigerweise mit dem Vorstand der Versicherungsanstalt ins Benehmen zu setzen, während Seelmann sich in einem früheren Aufsatze dahin ausgesprochen hatte, daß aus dem Gesetze sich eine derartige Befugnis nicht herleiten lasse.

Verfasser führt einen in Württemberg zur Entscheidung gekommenen Fall an:

Hier hatte eine untere Verwaltungsbehörde wiederholt Rentenbewerber zwecks Feststellung ihrer Krankheiten in ein Krankenhaus eingewiesen, ohne zuvor das Einverständnis der Versicherungsanstalt einzuholen. Nachdem anfänglich die Versicherungsanstalt Württemberg die daraus erwachsenen Kosten anstandslos bezahlt hatte, weigerte sie sich, in weiteren Fällen die Kosten zu tragen, mit der Begründung, daß sie die Einweisung in das Krankenhaus nicht veranlaßt habe und daß dem § 64 Abs. 3 IVG. eine solche weite Auslegung nicht gegeben werden könne. Gegen diese Ablehnung erhob die untere Verwaltungsbehörde Beschwerde bei dem württembergischen Landesversicherungsamt. Zur Begründung führte sie folgendes aus:

1. Nach § 112 Abs. 2 IVG. hat die untere Verwaltungsbehörde die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen. Welche Erhebungen dies sind, ist im IVG. nicht gesagt; es ist aber selbstverständlich,

daß eben diejenigen Erhebungen gemeint sind, die nach vernünftigem Ermessen von der unteren Verwaltungsbehörde für notwendig erachtet werden.

2. Die durch das Verfahren entstandenen baren Auslagen sind von der Versicherungsanstalt zu erstatten. Zu diesen baren Auslagen gehören zweifellos auch die für Gutachten und für Einweisung in ein Krankenhaus zwecks Erlangung solcher Gutachten; denn es handelt sich hierbei um Angelegenheiten der Versicherungsanstalt, in denen die untere Verwaltungsbehörde für sie nur die Geschäfte führt. Verfasser fügt folgendes hinzu:

Das Gesetz verlangt von den unteren Verwaltungsbehörden die zur Klarstellung des Sachverhaltes erforderlichen Erhebungen und sodann ein Gutachten über die Erwerbsfähigkeit. Wer den Zweck will, will auch die notwendigen Mittel. Sagt also z. B. der Arzt, der das Gutachten abgibt, daß eine sichere Diagnose oder Prognose nur durch Beobachtung im Krankenhaus gestellt werden könne und bestätigt etwa der der unteren Verwaltungsbehörde beigegebene Arzt diese Ansicht, so weiß ich nicht, wie die untere Verwaltungsbehörde ein pflichtmäßiges Gutachten abgeben soll, ohne zuvor die Krankenhausbeobachtung angeordnet zu haben. In diesem Falle kann sie nicht nur, sondern sie muß auch die Einweisung in das Krankenhaus verfügen; denn sie ist verpflichtet, die zur Klarstellung des Sachverhaltes erforderlichen Erhebungen anzustellen und diese können in einem solchen Fall nur in der Einweisung in das Krankenhaus bestehen. Läßt sich aber diese Befugnis der unteren Verwaltungsbehörde nicht leugnen, so ist die Pflicht zur Kostentragung durch die Versicherungsanstalt gemäß § 64 Abs. 3 IVG. außer Zweifel. Ist die Versicherungsanstalt der Ansicht, daß die Einweisung in das Krankenhaus durch die untere Verwaltungsbehörde nicht notwendig war, so kann sie sich dieserhalb bei deren vorgesetzter Behörde beschweren; nicht aber ist sie zur Verweigerung der Kostenzahlung befugt.

Das angerufene württembergische Landesversicherungsamt hat die Sache dem Ministerium des Innern vorgetragen und dieses hat dahin entschieden, daß in Zukunft von der Einweisung in ein Krankenhaus nur dann Gebrauch zu machen ist, wenn der Vorstand der Versicherungsanstalt sich zuvor mit ihr einverstanden erklärt hat. Verfasser meint, daß durch diese Verfügung nur eine materielle Änderung des Verfahrens eingetreten ist, keine formelle. Die untere Verwaltungsbehörde hat schon bis jetzt nur solche Personen in ein Krankenhaus eingewiesen, bei denen dies unumgänglich notwendig war; ebenso wird dies auch in Zukunft sein.

Störungen in der Gewöhnung an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invaliditätsversicherung. (Von Dr. Schmidt, Kottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 13. Jahrg. 1906 Nr. 1). „Die Gewöhnung an körperliche Gebrechen", so sagt der Verfasser, „tritt in der Regel in vollkommenster Weise ein, wenn nach einer Krankheit oder einer Verletzung schon in früher Jugend der Zustand des betroffenen Körperteiles ein dauernder geworden ist. Oft entwickeln Leute mit größter Verkrüppelung und Verstümmelung der Gliedmaßen eine fast unglaubliche Arbeitskraft. In der Jugend erfolgt naturgemäß die Gewöhnung leichter als im Alter, denn die psychische Anpassungsfähigkeit an alle Gebrechen, die Beweglichkeit der Glieder, die Kräftigung der Muskulatur ist hier eine viel größere. Im Alter dagegen arbeitet die Straffheit der Gelenkkapseln und Bänder dem Ausgleich entgegen. Bei Krüppeln rufen Erkrankungen schneller eine Arbeitsunfähigkeit hervor, als bei Gesunden; denn es liegt auf der Hand, daß beispielsweise ein Rekonvaleszent

mit einem alten Leiden schwerer arbeitsfähig werden wird, als ein solcher mit gesunden Gliedern.

Große Schwierigkeiten bereitet häufig die Beurteilung dieser Fälle. wenn eine direkte Verschlimmerung nicht nachweislich ist. Der Begutachter hat hier auf verschiedene Punkte zu achten. Er wird bei den Gelenken zu sehen haben, ob nicht eine Arthitis deformans oder rheumatica, bei Plattfuß, ob nicht entzündliche Erscheinungen, ferner ob nicht anderweitige Krankheiten wie Artheriosklerose, Muskelatrophie usw. vorliegen. Auch der Allgemeinzustand ist in Berücksichtigung zu ziehen. Der Gutachter muß diese Veränderungen natürlich besonders beschreiben und betonen, denn in der Regel werden bei Verkrüppelten, welche das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, die Klagen, daß sie abgearbeitet seien, einer Begründung entbehren, falls nicht ein allgemeines konstitutionelles Leiden oder eine andere Krankheit ihre Arbeitsfähigkeit wirklich unterbrechen. Bei jungen Verkrüppelten ist oft die Sucht nach einer Rente oder die Aufhetzung von anderer Seite Grund zum Antrag. Auf die Angaben der Rentenbewerber allein hin ist natürlich niemand im Sinne des Gesetzes für invalide zu erklären.

Ganz besonders vorsichtig muß man bei jugendlichen Leuten mit der Erklärung dauernder Invalidität sein, denn sie sind noch im Alter der Anpassungsfähigkeit. Ältere Leute werden dagegen bei längeren Leiden häufig Ganzinvalide. Daß im allgemeinen viel zu leicht dauernde Invalidität angenommen wird. hat die Erfahrung der letzten Jahre hinreichend erwiesen. Im allgemeinen bedarf die Begutachtung der Rentensucher, welche ihren Beruf mit verkrüppelten Gliedmaßen ausgeübt haben, einer ganz besonderen Sorgfalt, denn die Unglücklichen, welche mit größter Mühe und schwachen Kräften den Kampf ums Dasein errungen und behauptet haben, verdienen eine wohlwollende Beurteilung, wenn ihre Kräfte versagen. Dieses Wohlwollen darf aber andererseits nicht zu einer falschen unbegründeten Nachsicht gegen unberechtigte Ansprüche werden."

Ohne Zweifel bietet die Begutachtung von Personen mit körperlichen Gebrechen dem Arzt mancherlei Schwierigkeiten. Viel öfter wird er bei einem Krüppel zu der Annahme kommen müssen, daß hier Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliegt als bei einem Rentenbewerber, der vorher gesund war. Die Fälle, in denen durch Anpassung an die Arbeit volle Erwerbsfähigkeit wieder erreicht ist, sind bei Verkrüppelten im allgemeinen doch nicht zu häufig. Dagegen hebt der Verfasser mit Recht hervor, daß man bei jugendlichen Individuen mit der Erklärung der dauernden Invalidität immerhin vorsichtig sein soll. Für die Begutachtung von Personen mit körperlichen Gebrechen wäre es jedenfalls von großem Wert, wenn die Invalidenrente nicht nur bei Einbuße von $^{2}/_{3}$ Erwerbsfähigkeit, sondern auch bei geringeren Graden der Erwerbsbehinderung zuerkannt werden könnte, wie jetzt von vielen Seiten bei der Reform der Arbeiterversicherungsgesetzgebung empfohlen wird.

Tod durch Blitzschlag als Betriebsunfall.[1]) Die Arbeiterversorgung Nr. 3 1906. Landwirt G. Z., welcher mit Kirschenbrechen beschäftigt war, stellte sich bei Ausbruch eines Gewitters unter einen in der Nähe stehenden großen Nußbaum, um Schutz gegen das Unwetter zu suchen; hier wurde er vom Blitze getroffen und getötet. Den Entschädigungsanspruch der Witwe lehnte

[1]) Entscheidung des Großherzogl. Badischen Landesversicherungsamtes vom 24. Februar 1905.

die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft ab, weil der örtliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem landwirtschaftlichen Betrieb dadurch aufgehoben sei, daß sich G. Z. von der Betriebsstätte entfernt habe, um Schutz vor den Unbilden der Witterung zu suchen. Das Schiedsgericht nahm zwar den örtlichen und zeitlichen Zusammenhang des Unfalls mit dem Betriebe, nicht aber auch den ursächlichen Zusammenhang als gegeben an, indem es auf die in der „Unfallversicherungspraxis“ V. Jahrgang S. 115 und VI. Jahrgang S. 163 mitgeteilten Urteile des württembergischen Landesversicherungsamtes Bezug nahm und hervorhob, daß G. Z. keinerlei landwirtschaftliches Arbeitsgerät mit sich geführt habe, das den Blitz angezogen haben könnte, und daß er nicht durch seinen landwirtschaftlichen Betrieb veranlaßt worden sei, sich unter den Baum zu stellen. Der Rekurs hatte Erfolg. Gründe:

Das Kirschenbrechen stellt eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit dar. Der örtliche und zeitliche Zusammenhang des Unfalls mit eben dieser Betriebstätigkeit ist dadurch nicht aufgehoben worden, daß G. Z. so, wie angegeben, sich verhielt, denn es ist offensichtlich, daß er nur für die regelmäßig kurze Dauer eines Gewitterregens die Arbeit einstellen und diese demnächst wieder aufnehmen, mindestens aber die bereits gebrochenen Kirschen nach Hause verbringen wollte, was ebenso, wie das Brechen der Kirschen, einen Akt des landwirtschaftlichen Betriebes darstellt. Ein bloß zeitlicher und örtlicher Zusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einer Betriebstätigkeit reicht nun allerdings noch nicht aus, den Entschädigungsanspruch aus den Versicherungsgesetzen zu begründen, weil diese Gesetze mit den Worten „Folgen der bei dem Betrieb sich ereignenden Unfälle“ zweifellos einen ursächlichen Zusammenhang erfordern. In all den zahlreichen Fällen, in welchen das schädigende Ereignis in den besonderen Gefahren, welche der in Frage stehende Betrieb bietet, seinen Entstehungsgrund hat, wird regelmäßig der örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und Betriebstätigkeit auch den ursächlichen Zusammenhang beider ergeben. Schwierigkeiten für die Rechtsprechung ergeben sich in dieser Richtung meist nur, wenn das schädigende Ereignis keine dem in Rede stehenden Betriebe eigentümliche Gefahr darstellt. Wenn in solchen Fällen — wie dies auch häufig geschieht — der Entschädigungsanspruch mit der Begründung abgelehnt wird, daß der Geschädigte einer Gefahr, der jedermann ohne Unterschied, ob er in dem fraglichen Betrieb tätig ist oder nicht, in gleicher Weise ausgesetzt oder, wie gewöhnlich gesagt wird, einer Gefahr des gemeinen Lebens erlegen sei, so entspricht das nicht dem Gesetz. Dieses erfordert zum Begriff des Betriebsunfalles nicht, daß der Unfall durch besondere, dem betreffenden Betriebe eigentümliche Gefahren verursacht worden ist. Will man in solchen Fällen nicht soweit gehen, daß man den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb schon dadurch für ausreichend gegeben ansieht, daß der Geschädigte nachgewiesenermaßen nur durch die versicherte Tätigkeit veranlaßt worden ist, zu der bestimmten Zeit, in welcher das schädigende Ereignis eingetreten ist, an dem bestimmten Ort, wo dasselbe gegen ihn wirksam wurde, sich aufzuhalten — was in der hier vorliegenden Sache dahingestellt bleiben mag — so muß doch jenes Erfordernis des Gesetzes für gegeben erachtet werden, wenn zu dem Nachweis, daß eine im allgemeinen genommen jedermann drohende Gefahr im konkreten Fall eine bestimmte Person nur deshalb wirklich getroffen hat, weil dieselbe infolge einer versicherten Tätigkeit und nur aus diesem Grunde zu einer gewissen Zeit an einem bestimmten Ort gewesen ist, noch hinzukommt,

daß an eben diesem Ort der Grad der Wahrscheinlichkeit, daß die Gefahr wirksam werde, erhöht war.

Dies trifft im vorliegenden Falle zu.

G. Z. ist durch seine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit an dem fraglichen Tage auf das freie Feld geführt und hierdurch bei dem unerwartet ausgebrochenen Unwetter veranlaßt worden, sich unter den großen Nußbaum zu flüchten. Daß an eben dieser Stelle die Gefahr, vom Blitze getroffen zu werden, größer war, als sie gemeinhin ist, muß als durch die Erfahrung erwiesen angesehen werden. Wenn sich aus eben dieser Erfahrungstatsache ergibt, daß G. Z. unvernünftig gehandelt hat, indem er sich unter den Baum stellte, so ist dies für den Entschädigungsanspruch gemäß § 7 Abs. 2 L. UVG. ohne Belang. Es muß daher der Witwe die gesetzliche Entschädigung zuerkannt werden.

Man kann dem Urteil des Landesversicherungsamts nur beipflichten. Wenn eine allerdings jedermann drohende Gefahr im konkreten Fall eine Person nur deshalb wirklich trifft, weil sie sich infolge ihrer Beschäftigung zu einer gewissen Zeit gerade an dem Orte befand, wo das schädigende Ereignis eintrat, so liegt offenkundig ein Betriebsunfall vor. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

1. Sterblichkeit in Stadt und Land in England.

Die Erörterungen über die Sterblichkeit in Stadt und Land, die in den letzten zehn Jahren in Deutschland stattfanden, haben zu Untersuchungen hierüber auch in England geführt. Schon im 64. Annual Report of the Registrar-General of births, deaths and marriages in England and Wales (für 1901) wurden einige Todesursachen für Stadt und Land ausgezählt, in erweitertem Maße ist dies im 65. Annual Report der Fall, in welchem diese Berechnungen nicht nur für 1902, sondern auch für das Lustrum 1897—1901 ausgeführt wurden. In England sind derartige Aufnahmen viel eher möglich als in anderen Ländern, da hier die Erhebung der Todesursachen seit 1874 gesetzlich sehr gut geregelt ist und diese fast bei allen Gestorbenen, auch auf dem Lande, durch Ärzte beglaubigt sind, nur in einer kleinen Zahl von Fällen (zum Teil plötzliche Todesfälle) wird die Todesursache durch die nichtärztlichen Leichenschauer (coroners) erhoben. Eine direkte Trennung von Stadt und Land ist in der englischen Statistik allerdings nicht üblich, wie z. B. in Preußen; die Trennung wurde daher in der Weise vorgenommen, daß 11 Grafschaften mit hauptsächlich städtischem Charakter und 16 Grafschaften mit ländlichem Charakter und nur kleinen Städten zum Vergleich ausgewählt wurden.

Die ausgewählten urban counties sind Glamorgan (mit 91,4 % ärztlich bezeugten Sterbefällen im Jahre 1902), Lancaster (91,9 %), London (90,0 %), Middlesex (92 %), Monmouth (92,2 %), Northumberland (91,7 %), Nottingham (92,6 %), Stafford (91,6 %), Warwick (91,5 %), East Riding of Yorks (90,9 %) und West Riding of Yorks (92,1 %). Die „Rural Counties“ sind Buckingham (92,1 %), Cambridge (93,0 %), Cornwall (92,0 %), Hereford (88,8 %), Hutingdon (90,7 %), Lincoln (92,6 %), North Wales (92,2 %), Norfolk (92,2 %), Oxford (91,9 %), Rutland (91,7 %), Salop

(91,1 %), Somerset (91,7 %), South Wales (ohne Glamorgan, 91,4 %), Suffolk (91,6 %), Westmorland (92,0 %) und Wilts (92,8 %).

In den Jahren 1897—1901 war die Sterblichkeit in den städtischen Grafschaften 18,8 und in den ländlichen 16,4 ‰. Da jedoch der Altersaufbau der Bevölkerung in Stadt und Land sehr verschieden ist, so sind diese Ziffern nicht der richtige Ausdruck der Sterbegefahr der Bevölkerung. Es werden daher neben diesen „rohen Sterbeziffern" noch „korrigierte Sterbeziffern" berechnet, d. h. Ziffern, die sich ergeben würden, wenn die Altersbesetzung dieselbe wäre wie in ganz England und Wales. Diese korrigierten Sterbeziffern waren 1897—1901

	Urban Counties	Rural Counties	Verhältnis der städt. zur ländl. Sterblichkeit (diese = 100)
beim männlichen Geschlecht	20,9	15,3	137
beim weiblichen Geschlecht	18,2	13,7	133
bei beiden Geschlechtern zusammen	19,5	14,5	135
Verhältnis der männl. zur weibl. Sterblichkeit (diese = 100)	115	112	—

Im Alter von 5—15 Jahren ist die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts in Stadt und Land etwas höher als die des männlichen, in allen anderen Altersklassen überragt die männliche Sterblichkeit. Beim männlichen Geschlecht ist die städtische Sterblichkeit in allen Altersklassen höher, beim weiblichen macht nur das Alter von 15—25 Jahren hiervon eine Ausnahme. Es kamen auf 1000 Einwohner Sterbefälle

beim Alter von	Männliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Verhältnis Rur. c. = 100	Weibliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Verhältnis R. c. = 100
0— 5 Jahren	70,8	45,4	156	60,0	36,7	163
5—15 „	3,5	2,5	140	3,6	2,7	133
15—25 „	4,3	4,1	105	3,7	4,0	92
25—35 „	6,7	6,0	112	5,8	5,5	105
35—45 „	12,4	8,4	148	10,1	7,3	138
45—55 „	21,2	13,8	153	16,4	10,9	150
55—65 „	39,5	27,1	146	31,2	22,4	139
über 65 „	99,0	89,8	110	88,5	81,7	108

Im Alter der Entwicklung und der Hauptgebärtätigkeit ist demnach das Leben des weiblichen Geschlechts auf dem Lande teils mehr, teils ebenso stark gefährdet wie in der Stadt; vom 35.—65. Lebensjahre sind die Unterschiede zugunsten des Landes beträchtlich, doch nicht in demselben Maße wie beim männlichen Geschlecht; nach dem 65. Lebensjahre nähern sich Stadt und Land dagegen wieder bei beiden Geschlechtern. Diese Unterschiede werden zum großen Teil durch die höhere Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts an Tuberkulose auf dem Lande im Alter von 15—35 Jahren bedingt, eine Erscheinung, die auch anderwärts getroffen wird. Es starben in England 1897—1901 auf 10000 Lebende an Lungenschwindsucht

Altersklassen	Männliches Geschlecht Urban counties	Rural counties	Weibliches Geschlecht Urban counties	Rural counties
0— 5 Jahre	4,5	2,9	3,8	2,5
5—15 „	1,8	1,5	3,2	3,2
15—25 „	12,7	14,3	12,0	15,9
25—35 „	22,7	21,9	17,1	19,1
35—45 „	34,7	20,3	21,9	16,1
45—55 „	38,2	20,6	17,3	12,4
55—65 „	31,4	17,9	12,8	11,0
über 65 „	16,6	10,2	7,5	6,4

Man sieht, wie bedeutend die städtische Tuberkulosesterblichkeit beim männlichen Geschlecht im Alter von 35—55 Jahren die auf dem Lande überragt: man muß dabei allerdings in Betracht ziehen, daß die Urban counties zugleich die Industriezentren von England darstellen: beim weiblichen Geschlecht sind auch in diesem Alter die Unterschiede nicht so bedeutend und im Alter von 15—25 Jahren trifft man sogar ein Überwiegen der weiblichen Tuberkulosesterblichkeit auf dem Lande. Dasselbe ist in anderen Staaten (auch in Deutschland) noch in weiteren Altersklassen der Fall. Beim männlichen Geschlecht hat nur das Alter von 15—25 Jahren in den Städten kleinere Ziffern als auf dem Lande; eine Erscheinung, die in Deutschland beim Alter von 20—25 Jahren getroffen wird. Hier wird sie damit erklärt, daß die Dienstpflicht eine große Anzahl ausgesucht gesunder Leute in den Städten vereinigt. Für England wird man annehmen müssen, daß diese günstige Tuberkulosesterblichkeit im Alter von 15—25 Jahren in den Städten daher rührt, daß hauptsächlich kräftige Leute aus den ländlichen Grafschaften in die städtischen wandern, bei welchen erst nach mehrjährigem Aufenthalt sich die schädlichen Einwirkungen der Industrie und des Städtelebens geltend machen.

Auch für Typhus und Krebs werden die Ziffern für städtische und ländliche Grafschaften mitgeteilt. Auf 10000 Lebende kamen 1897—1901 Sterbefälle an Abdominaltyphus (Enteric fever):

Alter	Männliches Geschlecht		Weibliches Geschlecht		Beide Geschlechter		
	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Ganz England
0— 5 Jahre	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,7
5—15 „	1,4	0,8	1,6	1,0	1,5	0,9	1,3
15—25 „	3,7	1,9	2,3	1,5	3,0	1,7	2,6
25—35 „	3,6	2,0	2,1	1,2	2,8	1,6	2,5
35—45 „	2,8	1,5	1,8	1,2	2,3	1,4	2,0
45—55 „	2,1	1,2	1,5	0,8	1,8	1,0	1,5
55—65 „	1,5	0,8	1,0	0,7	1,3	0,7	1,1
über 65 „	0,7	0,4	0,4	0,3	0,5	0,3	0,5
zusammen	2,4	1,2	1,7	1,0	2,0	1,1	1,7

Die Tabelle lehrt, daß der Typhus in den ländlichen Distrikten in allen Altersklassen weniger Todesfälle verursacht als in den städtischen. Die Verhältnisziffern für die ganze Bevölkerung werden bei Berechnung der korrigierten Sterbeziffern kaum verändert.

Da die Frage, ob der Krebs in den Städten häufiger ist als auf dem Lande, immer noch nicht endgültig erledigt ist, so muß es von besonderem Interesse sein, zu erfahren, welche Antwort die englische Statistik hierauf gibt. Es ist oben bemerkt, daß die Erhebung der Todesursachen auch in den ländlichen Distrikten sehr gut geregelt ist; ob jedoch die Feststellung des Krebses in ihnen ebenso leicht gelingt wie in den städtischen, ist nicht ganz sicher. In den Städten ist eine längere und genauere Beobachtung der Kranken möglich, auch ist Krankenhausbehandlung, die eine solche an sich mit sich bringt, viel häufiger: die Vornahme von Sektionen, die ja nicht so selten erst das Vorhandensein eines Karzinoms aufdecken, ist auf dem Lande nicht selten mit solchen Schwierigkeiten verknüpft, daß der Arzt sie unterläßt, wenn er noch so sehr vom Wunsch beseelt ist, sich über einen zweifelhaften Fall Gewißheit zu verschaffen. In England kamen 1897—1901 auf 10000 Lebende Sterbefälle an maligner Neubildung

Alter	Männliches Geschlecht Urban c.	Rural c.	Weibliches Geschlecht Urban c.	Rural c.	Beide Geschlechter Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
35—45 Jahre	4,4	3,6	9,6	7,7	7,1	5,8	6,5
45—55 „	15,1	12,4	26,0	20,3	20,7	16,5	19,1
55—65 „	37,5	32,6	44,9	40,7	41,4	36,9	39,4
65—75 „	59,6	59,5	63,2	62,6	61,6	61,2	61,4
über 75 „	62,7	68,6	70,3	67,0	67,3	67,7	69,2
Ganze Bevölkerung über 35 J.	19,7	23,0	28,3	29,4	24,2	26,4	24,7

Die geringen Unterschiede, die sich hier zwischen Stadt und Land geltend machen, können leicht auf die genauere Diagnosenstellung in den Städten zurückgeführt werden. Werden für die ganze Bevölkerung über 35 Jahre korrigierte Raten berechnet, so erhält man folgende Werte

	Urban counties	Rural counties
männliches Geschlecht	21,2	19,4
weibliches Geschlecht	29,5	26,2
zusammen	25,6	23,0

Auch über die Kindersterblichkeit in Stadt und Land bringt der Bericht ausführliche Angaben. Bekanntlich ist in Preußen zumeist die Kindersterblichkeit in den Städten größer als auf dem Lande; in Süddeutschland, im Königreich Sachsen, in vielen Teilen Mitteldeutschlands, in Österreich-Ungarn ist sie dagegen in den Städten kleiner; die Ursache liegt hauptsächlich in der verschiedenen Art der Ernährung. Wo die Kinder gestillt werden, sind sie auf dem Lande besser daran, da die Mutter hier weniger Abhaltungen hat, dem Kinde die Brust zu reichen; in Gegenden, wo die Kinder meist künstlich ernährt werden, da sind heute die Städte durch kleinere Ziffern der Kindersterblichkeit bevorzugt, weil die städtische Bevölkerung viel eher zu einer rationellen Ernährung mit der Flasche anzuhalten ist als die ländliche. Da in Großbritannien und Irland das Stillen der Säuglinge allgemein üblich ist, so ist die Kindersterblichkeit hier in den Städten größer als auf dem Lande; eine Unterscheidung in eheliche und uneheliche Kinder, die zur klaren Darlegung der Verhältnisse nötig wäre, ist in der englischen Statistik nicht vorgenommen. Es kamen in England 1897—1901 auf 1000 Lebendgeborene Sterbefälle im ersten Lebensjahre

	Knaben Urb. c.	Rur. c.	Mädchen Urb. c.	Rur. c.	Beide Geschlechter Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
Masern	4	2	3	2	4	2	3
Keuchhusten	5	5	6	6	6	6	5
Magen- u. Darmkatarrh	43	22	39	18	41	20	36
Tuberkulose	9	5	7	4	8	5	7
Meningitis, Krämpfe	24	21	19	16	21	18	20
Pneumonie	13	9	10	7	12	8	10
Bronchitis	17	13	14	10	15	12	14
Angeb. Lebensschwäche	50	48	41	38	45	43	45
Alle Sterbefälle	186	142	155	113	170	128	157

Man sieht, daß die höhere Sterblichkeit der Säuglinge in den Städten zum großen Teil durch Darmkatarrhe bedingt wird. Für das Alter von 0—5 Jahren gibt die englische Statistik die folgenden auf 1000 Lebende berechneten Verhältniszahlen:

	Knaben		Mädchen		Beide Geschlechter		
	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Urb. c.	Rur. c.	Ganz Engl.
Masern	3,9	1,4	3,6	1,3	3,7	1,4	2,9
Scharlach	0,9	0,3	0,9	0,3	0,9	0,3	0,7
Keuchhusten	2,8	2,2	3,4	2,5	3,1	2,3	2,8
Diphtherie und Croup	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,6
Magen- u. Darmkatarrh	13,7	6,1	12,0	4,8	12,8	5,5	10,7
Tuberkulose	4,5	2,5	3,7	2,0	4,1	2,3	3,6
Meningitis, Krämpfe	7,9	5,9	6,1	4,4	7,0	5,2	6,2
Pneumonie	6,8	3,8	5,6	2,9	6,2	3,4	5,1
Bronchitis	6,2	4,3	5,2	3,6	5,7	4,0	5,2
Alle Sterbefälle	70,8	45,4	60,0	36,7	65,4	41,0	57,0

Sämtliche Infektionskrankheiten werden danach in England in den Städten viel häufiger zur Todesursache als auf dem Lande; am größten ist der Unterschied bei Scharlach und Masern.

2. Tuberkulose bei den Verwitweten.

W. Weinberg hat diese bisher wenig bekannten Verhältnisse für Stuttgart genau untersucht (Tuberkulose und Familienstand, Centralbl. f. allg. Ges., Bd. 25 S. 85). Nach ihm starben 1873—1902 auf 10000 Lebende in Stuttgart an Tuberkulose

	Männer			Frauen		
Alter	ledig	verh.	verh. gewesen	ledig	verh.	verh. gewesen
20—24 Jahre	22,5	19,8	—	15,4	24,7	57,5
25—29 "	36,2	36,1	37,3	18,8	29,1	64,6
30—39 "	76,0	42,6	182,9	21,1	28,7	43,3
40—49 "	101,5	56,5	142,2	15,1	22,4	33,6
50—59 "	80,2	37,3	162,9	17,0	17,8	28,4
60—69 "	64,0	52,1	35,4	13,7	13,3	18,8
70 u. mehr Jahre	56,1	15,8	28,8	20,8	9,5	10,0

Es besteht demnach eine ganz bedeutende Übersterblichkeit an Tuberkulose bei den Witwern; Weinberg führt diese darauf zurück, daß die Witwer sehr bald nach dem Tode der Frau wiederheiraten, wobei eine sehr starke Auslese gesundheitlich Minderwertiger stattfinde (von 488 überlebenden Ehemännern lungenschwindsüchtiger Frauen, die 1873—82 starben, hatten bis 1904 365 [= 75 %] sich wiederverehelicht). Auch die Witwen haben eine beträchtliche Übersterblichkeit an Tuberkulose, bei ihnen fällt diese Auslese viel weniger stark ins Gewicht, denn von 845 Witwen Lungenschwindsüchtiger gelangten nur 226 (= 27 %) zur Wiederverheiratung. In einer anderen Veröffentlichung beabsichtigt Weinberg den statistischen Nachweis erbringen, daß die Ehefrauen Schwindsüchtiger in allen Bevölkerungsschichten eine Übersterblichkeit haben (s. Weinberg, Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902, Württ. med. Corr.-Bl. 1906).

3. Morbidität der Bergleute in Österreich.

Die Ergebnisse der Krankheits-, Mortalitäts- und Invaliditätsstatistik der österreichischen Bergwerksbruderladen werden alljährlich im Statistischen Jahrbuch des K. K. Ackerbauministeriums mitgeteilt, die letzte Veröffentlichung bezieht sich auf das Jahr 1902 (Wien 1905). Die durchschnittliche Mitgliederzahl dieses

Jahres war 170864 (davon 8010 weiblichen Geschlechts). Die Morbiditätsziffern der Jahre 1894—1902 waren (ohne die Entbindungen)

	Auf 100 Mitglieder Erkrankte	Auf 1 Mitglied Krankentage[1])	Durchschnittliche Dauer eines Erkrankungsfalles
1894—96	80,0	10,71	13,3
1897—99	79,0	10,77	13,6
1900—02	78,4	10,76	13,7

Die Erkrankungen und Sterbefälle werden für einzelne Lebensjahre mitgeteilt, dabei ist eine Trennung nach Betriebsgattungen vorgenommen. In der folgenden Tabelle sind die Ziffern nach 10 jährigen Altersklassen für 1902 berechnet, leider sind jedoch die Mitgliederzahlen nicht genau zu bestimmen, da diese Trennung nach Altersklassen nur für die Anfangs- und Endbestände stattfindet. Die Gesamtmitgliederzahl am Ende des Jahres entspricht mehr dem aus den monatlichen Ziffern ermittelten Durchschnitt und wurde daher gewählt; bei einigen Altersklassen (*) wurde das Mittel aus den beiden Erhebungen zugrunde gelegt. Es waren die Zahlen bei den männlichen Mitgliedern

Altersklassen	Zahl der Mitglieder		Auf 100 Mitglieder Erkrankungen		Auf 1 Mitglied Krankheitstage	
	Steinkohlen	Braunkohlen	Steinkohlen	Braunkohlen	Steinkohlen	Braunkohlen
16—20 Jahre	9 296	7 626*	77,5	73,9	8,5	7,9
20—30 „	20 070	20 451	76,4	83,1	9,0	9,7
30—40 „	14 127	14 933	69,6	77,9	9,3	10,5
40—50 „	6 721	8 447	68,8	83,5	11,7	13,4
50—60 „	2 658	4 126*	70,0	87,9	16,4	20,1
60—70 „	596	906*	78,8	95,2	26,5	26,5

Die Art der Erkrankung ist in sehr ausführlicher Weise mitgeteilt, dabei werden Gruben- und Tagarbeiter unterschieden. Mit Beziehung auf je 100 Mitglieder am 31. Dezember 1902 erhält man die folgende Tabelle:

Art der Erkrankung	Steinkohlenbergbau		Braunkohlenbergbau		Hüttenwerke
	Grubenarbeiter	Tagarbeiter	Grubenarbeiter	Tagarbeiter	
Lungenentzündung	0,7	0,7	0,6	0,7	1,0
Tuberkulose	1,2	1,5	0,7	0,6	1,0
Malaria	1,1	0,9	1,5	0,5	0,3
Akuter Rheumatismus	6,3	7,1	10,4	9,3	7,0
Chronischer Rheumatismus	3,2	2,6	2,6	2,9	1,1
Augenkrankheiten	2,2	1,4	3,7	2,8	1,6
Akute Bronchitis	5,6	4,4	9,4	9,4	6,2
Chronische Bronchitis	1,8	1,3	1,2	1,3	1,1
Rippenfellentzündung	1,0	0,9	0,3	0,4	0,6
Organische Herzleiden	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4
Erkr. d. Verdauungsorgane	12,4	11,0	12,8	12,8	11,6
Krankheiten der Haut	3,3	3,0	1,9	2,2	1,9
Verletzungen	13,7	10,1	18,9	13,1	13,9
Erkrankungen überhaupt	71,6	62,9	83,3	74,7	62,9

[1]) Mit Einschluß der Entbindungen.

Am ungünstigsten stellen sich demnach die Braunkohlenbergleute. Sehr groß sind bei diesen die Erkrankungsziffern an akutem Rheumatismus (in welchen offenbar der akute Gelenkrheumatismus mit einbezogen ist) und an akuter Bronchitis. Daß die Grubenarbeiter höhere Morbiditätsziffern haben als die Tagarbeiter, ist begreiflich, besonders zeichnen sie sich durch zahlreiche Augenerkrankungen und durch Verletzungen aus.

F. Prinzing.

5. Aus der Versicherungsmedizin.

Die Interessengemeinschaft zwischen Versicherungswissenschaft und Medizin wie Hygiene ist in den letzten Jahren gebührend gewürdigt; die Lebensversicherung bedarf zur Wahrung ihrer wissenschaftlichen und praktischen Interessen ebenso sehr der Mitwirkung der Ärzte, wie ihr reiches Tatsachenmaterial Aussicht auf die Aufklärung wichtiger pathogenetischer und hygienischer Probleme gewährt. Dieser Interessengemeinschaft dient die Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, herausgegeben vom Deutschen Verein für V.W. und redigiert von dessen Generalsekretär Herrn Dr. A. Manes. Sie bringt in ihren regelmäßigen und außerordentlichen Veröffentlichungen wichtige Beiträge zur Sozialen Medizin aus denen einiges in den folgenden Zeilen wiedergegeben werden soll.

Gollmer, Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank auf Grund der Beobachtungen von 1829—1896 (1906, H. 9).

Die Untersuchung ist nicht nur wegen des großen Materials und des erheblichen Zeitraums von Interesse, sondern auch weil sie das Verhalten der Sterblichkeit der besser situierten Bevökerungsklassen gegenüber der Gesamtbevölkerung zu vergleichen gestattet. Unter Berücksichtigung der durch wechselnde Diagnosen und gebesserte Auslese bedingten Fehlerquellen kommt G. zu dem Ergebnis, daß die Sterblichkeit an akuten Infektionskrankheiten, besonders an typhösen Krankheiten, beträchtlich abgenommen hat; diese Abnahme erfährt nur in der letzten Geschäftsperiode durch die Influenza eine Unterbrechung. Die Sterblichkeit an Tuberkulose, die mit 28,2 Proz. an den Sterbefällen beteiligt ist, beginnt erst seit 1881 abzunehmen; sie ist zum Teil eine Folge besserer Auslese, zum Teil die Folge der Hebung des wirtschaftlichen Niveaus, auch wohl der Fortschritte der Therapie, nicht aber der Aufnahme des Kampfes gegen den Tuberkelbazillus, da sie früher einsetzte. Die Sterblichkeit in der Gruppe der Organerkrankungen und bösartigen Geschwülste ist unverändert geblieben; „der Krebs hat nicht als Krankheit, sondern nur als Diagnose zugenommen". Dagegen macht sich von Geschäftsperiode zu Geschäftsperiode eine Zunahme der Sterblichkeit an Gefäßerkrankungen und konstitutionellen Krankheiten (Arteriosklerose, Nephritis, Diabetes, Apoplexie etc.) bemerkbar. Selbst bei Berücksichtigung des Einflusses besserer Diagnosen ist in dieser Zunahme die Einwirkung des neuzeitlichen Berufs- und Gesellschaftslebens auf die betroffenen Klassen zu erblicken. Bei der Betrachtung der Gesamtbevölkerung tritt diese an sich nicht unbekannte Erscheinung wegen des großen Anteils der unteren Klassen nicht so scharf hervor.

Diese Zunahme der Sterblichkeit an Krankheiten des Gefäßsystems fehlt bei den versicherten Frauen, welche ferner insgesamt ebenfalls eine Abnahme der Sterblichkeit an Tuberkulose und Infektionskrankheiten zeigen, dagegen in den Altersklassen 15—45 eine ganz beträchtliche Übersterblichkeit aufweisen (Tuber-

kulose und Wochenbett). Durch die Geburtspflichten sind die Frauen in jüngeren Jahren entschieden gegenüber der Tuberkulose erheblich hinfälliger.

Weber, Die Lebensdauer der Geisteskranken (Bd. IV, H. 3)

Die bisherige Angabe, daß die Mortalität der Geisteskranken fünfmal so groß sei als die der Normalsinnigen, ist zu allgemein gehalten. Es bedarf der Berücksichtigung der einzelnen Krankheitsformen. — Idioten, bei denen neben hochgradigem Blödsinn auch körperliche Ausfallserscheinungen vorhanden sind, erliegen gewöhnlich nach kürzerer Krankheitsdauer ihren Leiden. Die übrigen Formen können, zumal bei günstigen äußeren Bedingungen, eine sehr lange Lebensdauer haben. — Die auf angeborener Anlage in den ersten drei Lebensjahrzehnten auftretende echte genuine Epilepsie ist eine in hohem Grade lebensverkürzende, meist vor dem 50. Lebensjahre zum Tode führende Erkrankung. — Erbliche Belastung allein verkürzt nicht die Lebensdauer, bestehende Degeneration nur insoweit, als sie anderen lebensverkürzenden Schädlichkeiten (Lues, Alkohol, Tuberkulose) leichter zugänglich ist. Von erworbenen Psychosen ist die wichtigste die progressive Paralyse, bei der, sobald die Diagnose einwandsfrei gestellt ist, die Lebensdauer sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf 2 bis höchstens 5 Jahre beschränkt. Die übrigen Geisteskrankheiten lassen im allgemeinen an sich kein einheitliches Urteil zu, mit Ausnahme etwa der syphilitischen Gehirnerkrankungen und der präsenilen Gehirnatrophie (Disposition zu anderen Krankheiten und zu Selbstmord). — Alkoholische Geistesstörungen, sowohl die transitorischen wie die chronischen, sind Zeichen weitgehender dauernder Schädigung des Organismus, die geeignet ist, die Lebensdauer erheblich zu verkürzen.

Blaschko, Lebensversicherung und Syphilis (IV, 1).

Die Arbeit von B. bringt überwiegend medizinisch-klinische Gesichtspunkte über die Bedeutung der venerischen Krankheiten für die Lebensversicherung bei, aus denen B. Folgerungen über das Verhalten des Vertrauensarztes betreffend die Aufnahmefähigkeit des Erkrankten ableitet. Nach B. sind die venerischen Krankheiten so verbreitet, daß in der Großstadt von jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren alljährlich 20 Proz. an Gonorrhoe, 2,4 Proz. an Syphilis erkranken, während eines 10jährigen Cölibates also 100—200 Proz. an Gonorrhoe (jedes 1—2 mal), 20 Proz. an frischer Syphilis. Die Gonorrhoe gefährdet das Leben der höheren Altersklassen durch Prostatitis, Strikturen, die Syphilis durch ihre Tertiärerscheinungen, über deren Häufigkeit wechselnde Angaben vorliegen, zu denen aber auch Tabes, Paralyse und Aneurysma gehören, denen 11,2 Proz. aller Syphilitiker erliegen. Die Prognose der Syphilis quoad vitam hängt übrigens mindestens so sehr als von der Krankheit noch von sonstigen körperlichen und sozialen Begleitfaktoren des Einzelfalles ab.

Andrae, Die Sterblichkeit in den Berufen, die sich mit der Herstellung und dem Verkauf geistiger Getränke befassen (Bd. V H. 3).

(Nach den Erfahrungen der Gothaer Lebensversicherungsbank.)

Im Durchschnitt sämtlicher Versicherungsjahre und Lebensalter ergibt sich folgender Prozentsatz zwischen wirklicher und erwartungsmäßiger Sterblichkeit (= 100) bei

	Proz.
Hoteliers usw.	131
Gastwirte	147
Schankwirte, Restaurateure	155

	Proz.
Brauereibesitzer	141
Brauereibedienstete	162
Brenner	121
Weinhändler, Weinbergsbesitzer	104
Weinküfer, Kellermeister	144

Nach Lebensalter und Versicherungsdauer treten große Schwankungen ein. Für die ersten 5 Versicherungsjahre sind die Zahlen erheblich niedriger. Auch nach der Art der Beschäftigung in den einzelnen Gruppen ergeben sich deutliche Unterschiede, so stehen am vorteilhaftesten diejenigen Personen, wie Besitzer und Oberkellner da, die weniger in den Gastzimmern beschäftigt sind, am ungünstigsten die mit dem Ausschank direkt befaßten Menschen, die sich am meisten in den schlecht gelüfteten, mit alkoholischen Dünsten und Rauch angefüllten Räumen aufhalten.

6. Prognostische Bedeutung der familiären und körperlichen Belastung bei der Lungenphthise.

Ueber den Einfluß der familiären[1]) und der körperlichen Belastung bei Lungentuberkulose auf den Verlauf und die Herstellung der Erwerbsfähigkeit haben die Beobachtungen der Heilstätten, namentlich der hanseatischen, stets ergeben, daß die familiäre Belastung prognostisch keinen Unterschied ergibt, daß aber bei körperlicher Belastung solche hervortreten. Auch der neueste Bericht der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte über die Ergebnisse des Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten des Jahres 1904 ergibt wieder das gleiche Resultat:

Erwerbsfähigkeit	Erbliche Belastung	Körperliche Veranlagung	Erbliche und körperliche Belastung	Weder erbliche noch körperliche Belastung
	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.
I	14,20	8,40	10,05	14,21
II	60,35	59,97	56,96	61,83
III	18,55	22,06	23,97	16,78
IV	6,72	9,47	9,02	7,09
Während der Kur verstorben	0,18	0.10	—	0,09

A. Gottstein.

Bücheranzeigen.

Vogl, A. v., Die wehrpflichtige Jugend Bayerns. München. Lehmann. 96 S. 1905.

Unter den im letzten Jahre erschienenen Studien, welche das Problem der Wehrkraft und Wehrfähigkeit Deutschlands behandeln, hat besonders die Arbeit von Generalstabsarzt z. D. Dr. A. v. Vogl, dem langjährigen Leiter des militärischen Sanitätswesens in Bayern, „Die wehrpflichtige Jugend Bayerns“ betitelt, allge-

[1]) Die Bezeichnung als familiäre Belastung ist wohl besser als die der erblichen, da sie beide Momente, die Infektion durch erkrankte Familienmitglieder und die Vererbung minderwertiger Konstitution, zusammenfaßt.

meine Beachtung gefunden. In dem ersten der drei Teile werden die Aushebungsresultate in den Ersatzjahren 1896 und 1902 sowie die Beteiligung der Stadt- und Landbevölkerung — stets unter Berücksichtigung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit — erörtert; der folgende Abschnitt beschäftigt sich u. a. mit der Dichte der Wehrkraft = Wehrmacht, mit der Bevölkerungsbewegung, Kindersterblichkeit, Tuberkulose, mit der Geographie der Wehrfähigkeit, Körpergröße der Wehrpflichtigen, ferner mit den Folgerungen aus den Ergebnissen für die Aufgabe der Zukunft. Der letzte Teil endlich geht auf die Forderung der Gegenwart ein, „die sich weniger auf Verstärkung der Heere als auf ihre Verbesserung" zu richten hat, wobei nicht zuletzt an die Erhöhung des physischen Wertes der männlichen Jugend gedacht wird, vor allem durch körperliche Jugenderziehung: Schulturnen, Spiele, Marschübungen, Radfahren usw. Verfasser stellt die sehr berechtigte Forderung: „Es darf kein Tag ohne körperliche Übung vergehen." Er beruft sich da auf die ungeteilte Anschauung der Hygieniker, welche „jeden Tag der Schulwoche eine Stunde körperlicher Übung" als Minimal- und bei voller Ausnützung auch als Maximalforderung aufstellen.

Nur die Ergebnisse aus den beiden ersten Teilen, soweit sie allgemeines Interesse beanspruchen dürfen, seien hier einer weiteren Würdigung unterzogen. Was die Bevölkerungsverschiebung anbetrifft, sagt v. Vogl: „Die ganze Verschiebung ist zwischen dem ‚Land' und den ‚größeren Städten' vor sich gegangen".

Auch in meinen Erhebungen, die sich auf Nordwestdeutschland, Sachsen und Berlin erstrecken,[1]) scheinen die a. a. O. auf S. 32 angeführten Zahlen auf ein Abströmen der Landbevölkerung direkt zur Großstadt hinzuweisen. Ferner stimme ich mit Vogl darin überein, daß die Abwanderung vom Lande in die Städte zum großen Teil nach der Lehrzeit, ja in Bayern vielleicht auch erst oft nach vollendetem aktiven Wehrdienst stattfindet. Die Folge wird sein, daß der Altersaufbau in den Städten sich zugunsten der wehrpflichtigen Altersklassen verschieben wird.

Fragen wir nun, ob die durch die nationalen Wanderungen verursachten Wandlungen der Volksgebürtigkeit — von überwiegend Landgeborenen zu überwiegend Stadtgeborenen — die Wehrkraft des Deutschen Reiches gefährden.

Für Bayern ist das Tempo dieser Verschiebungen nicht sehr bedeutend. Die Landbevölkerung hat vom Jahre 1880 bis 1900 um 11,8 Proz. ab-, die Bevölkerung der Groß- und Mittelstädte in diesem Zeitraum um 11,1 Proz. zugenommen, dabei sei gleich hier bemerkt, daß Bayern kein Industriestaat ist. „Wir haben, sagt Vogl, nicht einmal einen ‚überwiegend industriellen' Kreis, denn selbst die industriereichste Pfalz weist nur 42,0 Proz. Industrie und Gewerbe auf." — Und wie ist es mit der Zahl der Groß- und Mittelstädte? — 1890, als z. B. die 1902 zur Abfertigung gelangten Mannschaften etwa 8 bis 9 Jahre alt waren, sich also in der Hauptentwicklungsepoche befanden, gab es in Bayern erst 10 Mittel- und 2 Großstädte, dagegen 155 Land- und 43 Kleinstädte; von der rund 5,6 Millionen betragenden Bevölkerung wohnten noch ca. 3,85 Millionen auf dem platten Lande, 420000 in Klein- und ca. 450000 in Landstädten; auf die Groß- und Mittelstädte zusammen entfielen nur 880000 Einwohner![2]) Auch Vogl betont, daß die Umgestaltung im Ansiedelungswesen

[1]) Die Wehrfähigkeit zweier Generationen mit Rücksicht auf Herkunft und Beruf. Berlin, Druck und Verlag von Georg Reimer. 1905.

[2]) Vgl. Statistik d. Deutschen Reiches, Bd. 68, S. 22.

in Bayern nicht nur zeitlich weniger lebhaft vor sich gegangen ist wie im übrigen Deutschland, sondern auch örtlich sehr beschränkt war und die Wehrkraft nicht berührt hat. „Bayern hat seine größte Wehrkraft im ‚ländlichen‘, das übrige Deutschland im städtischen Gewerbe, Industrie etc.“, aber, heißt es a. a. O., „wie die Industrie der Landwirtschaft, so ist die Landbevölkerung der städtischen mit der Zahl der Wehrpflichtigen und Ausgehobenen also an Wehrkraft überlegen.

Der Verfasser legt damit auch den Schwerpunkt auf das Milieu, in welchem der Gestellungspflichtige heranwächst. Die Zahlen meiner Erhebungen ergeben sogar ganz typische Bilder und zeigen, daß die Herkunft von fundamentaler Bedeutung für unser Problem ist. Von den Vätern der Gestellungspflichtigen haben in allen Gebieten zusammengenommen

Größe der Geburtsorte	Gedient		Nicht gedient	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
Bis 5000 Einw. (plattes Land und Landstädte)	464	46,6	531	53,4
5000—100000 Einwohner (Klein- und Mittelstädte)	276	41,8	384	58,2
100000 und mehr Einwohner (Großstädte)	111	38,9	174	61,1

Von den Söhnen, der zweiten Generation, haben in allen Gebieten zusammengenommen

Größe der Geburtsorte	Gedient		Nicht gedient	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
Bis 5000 Einwohner (plattes Land und Landstädte)	188	37,2	317	62,8
5000—100000 Einwohner (Klein- und Mittelstädte)	167	33,0	339	67,0
100000 und mehr Einwohner (Großstädte)	282	30,3	648	69,7

Bei beiden Generationen zeigt sich also ein staffelförmiges Sinken der Tauglichkeit mit der steigenden Größe der Geburtsorte.

Des weiteren hebt der Verfasser hervor, daß die Wehrfähigkeit auf dem Lande eine physische Überlegenheit der „Landwirtschaft“ im Deutschen Reiche und der „Nichtlandwirtschaft“ in Bayern aufweist; was also für dieses Land im besonderen gilt, hat durchaus nicht für das übrige Deutschland Geltung, besonders nicht für Norddeutschland.[1])

Auch für Bayern gilt Serings Behauptung, daß die Landbevölkerung nach wie vor die Hauptquelle der physischen Kraft der Nation bildet; dieser Ansicht tritt Vogl in der Auffassung bei, daß das Land, aber nicht die Landwirtschaft die meisten und tüchtigsten Rekruten liefert und daß dadurch eine Schwächung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit durch Abnahme der Land- und Zunahme der

[1]) Auf die in Nr. 50 Jahrgang 22 der „Nation“ und in der „Patria“, Jahrbuch der Hilfe 1906, von Brentano gegen mich gerichteten Angriffe werde ich demnächst besonders antworten. Was die bayerischen Verhältnisse betrifft, so habe ich mich in der „Neuen Badischen Landeszeitung“ vom 1., 2. und 3. November 1905 eingehend darüber geäußert, hier aber das Wesentlichste nochmals wiederholt.

Stadtbevölkerung um so mehr zu befürchten ist, je rascher und eingreifender das Verhältnis zwischen Stadt und Land sich zuungunsten des letzteren verschiebt.

Daß diese Wandlungen in Bayern — im Gegensatz zu Norddeutschland — sich sehr langsam vollziehen, ist bereits als günstiges Moment für dieses Land hervorgehoben worden.

Was die Bedeutung des beruflichen Einflusses derselben Generation auf die Tauglichkeit betrifft, so hat v. Vogl ebenso gewichtige Bedenken wie Elben und ich gegen dieselbe. Auch er glaubt nicht, daß eine gewerbliche Berufstätigkeit in den wenigen Jahren vor Antritt der Militärpflicht schon so wesentlich einzugreifen vermag, um die Tauglichkeit aufzuheben. „Die Gefahr des Berufs für die Wehrpflichtigen wird ebenso wie diejenige des Alkoholismus, der Lues und der Tuberkulose viel mehr von den Eltern vermittelt und die Schädigung der Kinder selbst ist dann meist oder häufig nicht mehr als das zu erkennen, was sie als Krankheit der Eltern dargestellt hat.“ Der Wehrpflichtige ist von der Geburt ab mannigfachen Gefahren ausgesetzt. Deshalb kann man auch die Untauglichkeit höchstens mit Vermutung auf eine Schädigung bzw. Infektion in den gewerblichen Betrieben in Beziehung bringen.

Sicher ist, daß die Berufswahl oft nach der körperlichen Veranlagung neben anderen Faktoren: Neigung, Geschicklichkeit usw. erfolgen wird und daß die relative Wehrfähigkeit der Gestellungspflichtigen u. a. als Wertmesser der physischen Inanspruchnahme heterogener Berufsarten dienen kann. Vogl meint nicht mit Unrecht, daß die Berufswahl recht oft weniger von der körperlichen Tüchtigkeit bestimmt ist, als von der Örtlichkeit und die daran gebundene Erwerbsart: „Da wo Bergbau ist, fährt der Sohn des Bergmanns wieder in den Schacht, das Kind des Glasbläsers im bayerischen Walde ist wieder für die Glashütte bestimmt, ob kräftig oder schwächlich.“

Ein Einfluß der Berufstätigkeit des Vaters auf die Tauglichkeit des Sohnes dürfte vielleicht nachzuweisen sein, wenn man nicht nur wie 1902 in Bayern „landwirtschaftlich beschäftigte“ und „anderweitig beschäftigte“ Eltern unterscheidet, sondern auf einzelne typische Gewerbearten zurückgreift und hier monographische Studien anstellt. — Vogl faßt dann die Ergebnisse in dem Satz zusammen: je mehr die Bedeutung des Berufs, bestimmter ausgedrückt, die Befürchtung einer Schädigung der Wehrfähigkeit durch Industrialisierung zurücktritt, desto mehr tritt die Bedeutung der Wohnweise und das Bedenken gegen die Städte, Vergrößerung bzw. Vermehrung in den Vordergrund. Den ersten Teil dieses Satzes in obiger Fassung möchte ich nicht unterschreiben. Nur die Bedeutung des Berufs derselben Generation tritt für unsere Frage zurück, damit kann aber durchaus nicht die Befürchtung einer Schädigung der Wehrfähigkeit durch Industrialisierung ganz allgemein als unberechtigt zurückgewiesen werden. Gerade in letzter Zeit sind auch bekanntlich wieder erneute Klagen aus dem westfälischen Industriegebiet über die geringe Militärtauglichkeit an die Öffentlichkeit gelangt. — Eine schon wiederholt geforderte gesondert detaillierte Berufsstatistik der Väter der Rekruten dürfte wohl geeignet sein, zur Klärung des Problems nicht unwesentlich beizutragen. Dem zweiten Teile des Satzes: der Bedeutung der Wohnweise und der Bedenken gegen die städtische Agglomeration ist bereits durch die wiedergegebenen Zahlenreihen zugestimmt worden.

Vogl bezeichnet die Wehrkraft im Verhältnis zur Größe des Landes als die Dichte der Wehrkraft = Wehrmacht analog der Bevölkerungsdichte. Bayern ist einer der schwächstbevölkerten Staaten Deutschlands. 1901 trafen auf einen

qkm Bodenfläche in Bayern: 81,4 Einwohner — 0,77 Wehrpflichtige — 0,42 Ausgehobene, gegen 108,0 Einwohner, 0,98 Wehrpflichtige und 0,57 Ausgehobene im Deutschen Reiche. Bei Besprechung der Kindersterblichkeit hebt Vogl hervor, daß die Unterlassung der Brusternährung als erste und wichtigste Ursache der viel höheren Kindersterblichkeit z. B. in Altbayern gegenüber Franken erachtet werden muß. Für München ist nachgewiesen, daß von den nicht oder unvollkommen gestillten 14 mal mehr starben als von den von der Mutter selbst genährten Neugeborenen. „Die Kindersterblichkeit nagt tief an unserer Wehrkraft und wenn die Gefahren der fehlerhaften Ernährung und Pflege bei den Neugeborenen beseitigt oder doch gemindert sein werden, so wird die Zahl derer erhöht, welche das wehrpflichtige Alter erleben, dies ist aber die Wehrkraft." „Die richtige Kinderernährung", sagt Vogl, „mit vollem Recht, wird aber Tausende zu voller Gesundheit und Kraft entwickeln und dadurch noch mehr als die Wehrkraft, die Wehrfähigkeit, die Zahl der Tauglichen, steigern."

Noch ein Wort über die Aufgaben der Zukunft, welche im letzten Abschnitt des zweiten Teiles angedeutet werden. Dem territorialen Einfluß kommt bei einer Rekrutierungs- und Wehrkraftstatistik nach Vogl eine fundamentale Bedeutung zu, m. E. aber auch einer gleichzeitigen Scheidung nach Größe der Herkunftsorte, welcher Verfasser weniger Gewicht beizulegen scheint. Daß „Vater und Sohn meist auf demselben Boden geboren und aufgewachsen", trifft wohl für Bayern und Württemberg mit seinen relativ geringen Binnenwanderungen zu dürfte aber — wie bereits angedeutet — keinesfalls für andere deutsche Gebiete Geltung haben.

Sehr beachtenswert sind die Bedenken Vogls in bezug auf eine ungenügende Kenntnis des brauchbaren Vorrats an Menschenmaterial, weil sich mit einem ungekannten Material schlecht haushalten läßt. Auch er wünscht in Zukunft bei Erforschung des Problems, wie Sering und andere, daß eine Zählkarte Anwendung findet, die alle wesentlichen Momente enthalten muß und jede gewünschte Kombination und verschiedenen Gesichtspunkten vorzunehmen erlaubt. Wennschon Verfasser eine Entartung als völlig unbegründet zurückweist und hervorhebt, daß keinerlei Anlaß zu Besorgnis vorliegt, so wünscht er doch eine Erhöhung der Wehrkraft und Wehrfähigkeit dadurch herbeizuführen, daß ein reichlicherer Nachwuchs gesund und tauglich in das wehrpflichtige Alter eintritt: „das geschieht durch Bekämpfung der Kindersterblichkeit und der Tuberkulose."

Zur Erhöhung der Tüchtigkeit, d. h. des sehr differierenden Tauglichkeitswertes fordert v. Vogl dringend die bereits eingangs gedachte Umgestaltung unserer körperlichen Jugenderziehung.

Ich möchte diesem Stück sozialer Arbeit meinerseits den Wunsch beifügen, daß es gelingen möge, den Abfluß der auf dem Lande wohnenden Bevölkerung, nicht nur der Bauernkinder, zu hemmen und andere Großstadtbewohner dort von neuem seßhaft zu machen. Unsere Wehrkraft dürfte durch all die erwähnten Maßnahmen quantitativ und qualitativ unschwer auf der Höhe erhalten bleiben, die uns durch die Weltpolitik mit eisernem Griffel vorgeschrieben wird.

W. Abelsdorff.

Miscellen.

Geistig Minderwertige und Militärdienst. Ein Artikel der Hamburger Nachrichten v. 1. Mai 1906 knüpft an die Zahlen von Rekruten an, die alljährlich wegen geistiger Störungen bald nach der Einstellung wieder entlassen werden müssen. Viel Zeit wird vergeblich mit ihnen in der Ausbildungsperiode verloren: nicht selten lenken erst Übertretungen, Mißhandlungen und andere Dienstwidrigkeiten die Aufmerksamkeit des Arztes auf den Geisteszustand der Leute. Der Dienst und die Beteiligten selbst würden gewinnen, wenn ihre Einstellung vermieden werden könnte. Im Drange des Ersatzgeschäftes die Anfänge vorzeitigen Schwachsinns und ähnlicher geistiger Störungen zu erkennen, ist unmöglich. Schul- und Ersatzbehörden müssen zusammenarbeiten, um die Minderwertigen schon bei der Gestellung so zu kennzeichnen, daß ihre Aussonderung erleichtert wird. Es wird deshalb Verallgemeinerung eines Vorgehens verlangt, wie es seitens des Generalkommandos IX. A.-K. mit der hamburgischen Oberschulbehörde vereinbart worden ist. Nach diesem Muster wird Folgendes gefordert:

1. Für die geistige Befähigung der Auszuhebenden sind seitens der Militärbehörde bestimmte Grundsätze aufzustellen.

2. Wo Schulen für Schwachbefähigte bestehen, sind die Abgangszeugnisse der Entlassenen den Ersatzbehörden zur Kenntnis zu übersenden, behufs Vervollständigung der Stammrolle.

3. Wo solche Schulen nicht bestehen, sind den Ersatzbehörden diejenigen Schüler namhaft zu machen, welche als geistig minderwertig bekannt waren oder aus solchem Grunde die Volksschule nicht absolviert haben.

4. Junge Leute, die zwischen dem Austritt aus der Schule und der Gestellung verziehen, müssen der Ersatzbehörde ihr Schulabgangszeugnis vorlegen.

Der 4. Punkt ist der schwächste; denn in den Zeugnissen, die den abgehenden Schülern in die Hand gegeben werden, wird schon mit Rücksicht auf das bürgerliche Fortkommen das nicht stehen dürfen, was vorstehend verlangt wird; und doch handelt es sich um viele Tausende von jungen Leuten, die zwischen Schule und Aushebung mannigfach den Aufenthalt wechseln.

Im übrigen sind die Forderungen berechtigt. Voraussetzung aber bleibt, daß das Urteil über die geistige Minderwertigkeit in den für die Ersatzbehörden bestimmten Zeugnissen — die geheim zu halten wären —, nicht bloß vom Lehrer, sondern von einem Schularzt mit psychiatrischer Vorbildung abgegeben würde; anderenfalls würden schwere Unzuträglichkeiten unvermeidlich werden. Sehr häufig wird trotzdem der Arzt der Ersatzbehörde nicht ohne nähere Beobachtung auf solche Bezeugungen hin den Militärpflichtigen für untauglich erklären können. Aber der Vorteil ist offenkundig, den die militärischen Vorgesetzten wie der Truppenarzt davon haben, wenn die Überweisungspapiere einen Hinweis auf die geistige Beschaffenheit enthalten, der für die weitere Beobachtung und Behandlung des Eingestellten eine sehr wesentliche, objektive Grundlage bietet. Daß das auch diesem selbst zugute kommt, liegt auf der Hand.

Körting.

Der Einfluß des Rauches auf die Atmungsorgane. In zahlreichen Aufsätzen, zuletzt in einer 1905 bei Enke erschienenen Monographie verficht L. Ascher-Königsberg seine Lehre, daß Kohlenrauch eine Prädisposition für akute Lungenkrankheiten schafft, den Verlauf der Tuberkulose beschleunigt, und daß

der Anstieg der Todesfälle an Respirationskrankheiten in direkten ursächlichem Zusammenhange mit der Industrialisierung, Bevölkerungsverdichtung und der hierdurch bedingten Zunahme der Rußplage stände. Vielleicht ist zur Ergänzung dieser Lehre die folgende geschichtliche Notiz von Interesse: Kundmann sagt in seinem Werke: „Rariora naturae et artis item in se medica" Breslau, 1737, folgendes: „Wie nun die Lufft, so kann insonderheit schädlicher Dampf und Rauch dergleichen Patienten (den Phthisici) große Beschwerdlichkeit bringen: deßwegen sollen zu London wegen der vielen Feurung mit Steinkohlen, viele Menschen in Phthisie verfallen und fast der dritte Teil davon hinweggerafft werden. Auch zu Halle, da kurtz vor meiner Zeit in denen königlichen Salzkothen man dergleichen Kohlen zu brennen anfieng, hatte man deswegen nicht wenige Furcht, bis der berühmte HerrHof-Rath und Professor daselbst F. Hoffmann in einem Propemptico inaugurali de Vapore carbonum fossilium dieses ganz anders erwieß und zwar daß die Lufft vielmehr dadurch gereinigte werde und von dieser Zeit an viel wenigere Menschen an ansteckenden Fiebern und selbst an der Lungensucht als vorhero den Weg aller Welt gegangen". (S. 1290). A. Gottstein.

Eine merkwürdige Art der Mortalitäts-Statistik. In den Sammlungen der Emder „Kunst" befindet sich nach der Frankfurter Zeitung vom 12. Mai 1906 eine eigenartige Reliquie in Verwahrung: zwei lange schwarze Bretter mit nichts als Zahlen, und diese Zahlen geben von 1665 bis 1868, also beinah 3 Jahrhunderte lang, an, wieviel Särge in Emden Jahr um Jahr gebaut wurden. Es handelt sich dabei um ein eigenartiges, wahrscheinlich noch in die Klosterzeit (vor 1561) zurückgehendes Privileg, wonach in Emden Särge nur von dem sogenannten Gasthause des Klosters geliefert werden durften, bis dem die Einführung der Gewerbefreiheit ein Ende machte. Daß man über den Ursprung dieses seltsamen Monopols nichts weiß, liegt daran, daß die letzten Mönche des betreffenden 1317 von Franziskanern gegründeten später der Reihe nach auch noch von Minderbrüdern, Gaudenten und Observanten bewohnten Klosters bei dessen Auflösung (1561) alle ihre Bücher mit fortnahmen; ausgenommen waren allein die Schiffszimmerleute, die gar manchesmal weit draußen auf See eine „Dodekiste" zusammenschlagen und einen „int holt legen" mußten, und die Juden. Den Anlaß zu jener merkwürdigen Statistik gab das große Sterben im Jahre 1665, in dem allein 5518 Särge gebraucht wurden; die wenigsten (180) wurden 1851 benötigt.

Ein Beweis für die Verbreitung der künstlichen Säuglingsernährung in Süddeutschland um das Jahr 1500. Im Saal 23 des Kaiser Friedrich-Museums in Berlin ist, bezeichnet mit Nr. 319, eine Holzskulptur ausgestellt, die die Madonna darstellt, wie sie dem Jesuskinde das Fläschchen reicht. Die Darstellung ist so gewählt, daß nach Aussehen und Haltung es sich nicht um ein kurzdauerndes Trinkenlassen eines größeren Kindes, sondern um ein wirkliches Stillen mit der Flasche handelt. Das Kunstwerk stammt etwa aus dem Jahre 1500 und aus der Werkstatt des Würzburger Bildschnitzers Tillmann Riemschneider. Schwerlich würde der Künstler die Madonna mit dem Kinde in dieser Situation dargestellt haben, wenn ihm diese nicht als typisch aus seiner Umgebung bekannt gewesen wäre. Es darf also mit Recht angenommen werden, daß schon um das Jahr 1500 die Säuglingsernährung durch die Flasche in Süddeutschland wie noch heute eine mehr als vereinzelte Verbreitung gewonnen haben muß.

A. Grotjahn.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 25. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Rudolf Lennhoff: **„Ärztliche Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung."** Der Arzt ist aus zwei Gründen berufen, sich zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze zu äußern, und berechtigt, für seine Äußerungen Gehör zu verlangen: Erstens, weil er als medizinischer Berater der Versicherten und als Sachverständiger der Versicherungskörperschaften umfassend und ständig an der praktischen Durchführung der Gesetze mitarbeitet und dabei eine Fülle von Erfahrungen sammelt, die in ihrer Besonderheit ausschließlich ihm zu sammeln möglich ist. Zweitens, weil in mehr oder weniger großem Umfange, manchmal vollkommen, seine ideelle und seine materielle Stellung von den Versicherungsinstitutionen abhängig ist, er also sehr erheblich persönlich interessiert ist.

Den Arbeiterversicherungsgesetzen liegt die Erkenntnis zugrunde, daß die wirtschaftliche Existenz der unbemittelten oder nur sehr wenig bemittelten Volkskreise ausschließlich abhängig ist von dem Ertrag der Arbeit und daß sie bedroht oder erschüttert wird, wenn keine Arbeit geleistet werden kann — aus Mangel an Arbeit oder aus Arbeitsunfähigkeit. Da das Problem der Versicherung gegen den Mangel an Arbeit, die Arbeitslosigkeit, bisher nicht gelöst werden konnte, haben die Versicherungsgesetze lediglich das Ziel, die Schäden der Unfähigkeit zur Arbeit auszugleichen.

Die Fähigkeit zur Arbeit wird herabgesetzt durch eine bestehende Krankheit, durch Folgen einer überstandenen Krankheit oder durch das natürliche Nachlassen der Kräfte. Das gegenwärtige Gesetz nimmt das natürliche Nachlassen der Kräfte ohne weiteres als vorhanden an, sobald das siebzigste Lebensjahr überschritten ist. Der Arzt hat hier nur insoweit mitzusprechen, als er zu fragen ist, ob diese Altersgrenze seinen Beobachtungen und Erfahrungen entspricht, ob er zu niedrig oder zu hoch gegriffen ist. Die ärztliche Erfahrung aber lehrt, daß die Arbeitsfähigkeit in dem gegenwärtigen Wirtschaftsleben, auch ohne spezielle krankhafte Einwirkungen in der Regel vor dem siebzigsten Jahre erlischt. Diese ärztliche Erfahrung wird durch die Statistik der Versicherung bestätigt. Das Maximum der Invalidisierungen fällt in die Zeit zwischen dem 64. und 65. Lebensjahre. Daraus muß sich die Forderung ergeben, daß die Grenze für das natürliche Erlöschen durch Alter niedriger zu bemessen ist.

Eine weitere Forderung muß dahin gehen, daß die Versicherung gegen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit wenigstens den minimalsten Bedürfnissen der Existenz Genüge leistet, und zwar ganz gleichgültig, welche Ursachen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit bewirkt haben. Hieraus folgt, daß die gegenwärtig bestehenden Verschiedenheiten der Versicherung zu beseitigen sind. Die Rente für Invalidität wird jetzt ganz anders bemessen, je nachdem eine Unfallkrankheit, irgend eine andere Krankheit, oder Alter die Ursache waren. Zweitens berücksichtigt nur die Unfallversicherung gegenwärtig, ob es sich

[1]) Nach den „Verhandlungen" der Gesellschaft, Nr. 12 u. 13, Sonderdrucke aus der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.

lediglich um Fristung der eigenen Existenz handelt, oder ob von der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auch die Existenz anderer Personen (Frau, Kinder, Eltern) abhängt. Eine dritte, insbesondere vom Standpunkte des Arztes durch nichts zu rechtfertigende Ungleichheit besteht darin, daß nur die Unfallversicherung auch den teilweisen Verlust der Arbeitsfähigkeit in sich begreift.

Mit dem Ausgleich dieser Mängel würde ohne weiteres auch die vielfach und erst vor kurzem in dieser Gesellschaft von Sommerfeld aufgestellte Forderung einer der Unfallentschädigung gleichkommenden Entschädigung gewerblicher Vergiftungen erfüllt, und zwar ohne daß von den Ärzten eine spezielle Sachverständigkeit verlangt würde, über die sie insgesamt bisher nur in beschränktem Umfange verfügen.

Überblicken wir den Inhalt alles dessen, was in gesundheitlicher Beziehung für den Versicherten zu geschehen hat, so ergibt sich, daß die Versicherung die Ärzte in den Stand setzen muß, ihrerseits den an sie herantretenden Anforderungen gerecht werden zu können, und daß weiter alle diejenigen Einrichtungen beschafft oder zur Verfügung gestellt werden müssen, und zwar ausreichend nach Zahl und Umfang, die eine möglichst vollkommene Behandlung ermöglichen. Dazu gehören z. B.: Krankenhäuser, Genesungsheime, Spezial-Heilstätten, Erholungsstätten, Kurbäder, Landaufenthalt. Außerdem muß aber auch die Möglichkeit bestehen, Simulationsverdächtige durchweg in Anstaltsbeobachtung nehmen zu können. Was speziell Landaufenthalt betrifft, so ist dafür Sorge zu tragen, daß er wirklich den von ihm erwarteten Nutzen gewährleisten kann. Infolgedessen soll er nicht regellos nach Belieben oder Laune der Versicherten gewährt werden. Vielmehr empfiehlt es sich, wie ich das schon vor Jahren vorgeschlagen habe, nur nach solchen Orten Landaufenthalt zu gewähren, wo sich Ärzte bereit finden, zielbewußt die Lebensweise der Kranken zu regeln und zu überwachen.

Was die Krankenhauspflege anbelangt, so ist zu wünschen, daß das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Versicherung nach Möglichkeit festgelegt wird, insbesondere bezüglich der Verpflegungssätze. Ein Zuschuß wird noch, besonders für die Krankenversicherung, von politischen und religiösen Gemeinden und Stiftungen geleistet, indem mit wenigen Ausnahmen die Pflegesätze in den Krankenhäusern hinter den Selbstkosten zurückstehen. Der Zuschuß, der zum Beispiel von der Stadt Berlin in dieser Form den Krankenkassen gewährt wird, beträgt pro im Krankenhaus verpflegten Versicherten täglich etwa 2 Mk. Ob nun weiter dieser Zuschuß von den Kommunen oder gar Wohlfahrtsstiftungen zu leisten ist und nicht vielmehr die Versicherung so zu stellen wäre, daß sie ihn entbehren könnte oder aber ihn vom Reiche erhielte, ist fraglich; auf jeden Fall ist zu vermeiden, daß die Versicherung durch seine Herabsetzung, also durch Heraufsetzung der Pflegegebühren, in ihrer Bilanz erschüttert wird.

Es ist ferner zu verlangen, daß verschiedene Arten von Krankenhäusern geschaffen werden, je nach dem Umfange des für die verschiedenartigen Krankheitsfälle notwendigen therapeutischen und Pflegeapparates. Abgesehen von den ebenfalls zur Entlastung der gegenwärtigen Krankenhäuser mehr als bisher heranzuziehenden Erholungsstätten und Genesungsheimen sind zur Herabminderung der Kosten, wie das in der letzten Zeit z. B. Gottstein und Blumenthal vorgeschlagen haben, kleinere Krankenhäuser mit einfachem therapeutischen Apparat zu errichten. Vor mehreren Jahren habe ich schon an der Hand von Beispielen darauf hingewiesen, daß besonders in größeren Städten auf das ein-

fachste ausgestattete Krankenheime notwendig sind für Personen, die trotz ganz leichter Erkrankung nicht zu Hause verpflegt werden können.

Gegenwärtig wird Invalidität durch Unfallskrankheit weit höher entschädigt, als durch andere Ursachen. Wenn nun jemand — man darf hier beinahe so sagen — das Glück hat, unfallskrank zu werden, so ist es rein menschlich zu begreifen, wenn er bestrebt ist, daraus eine möglichst hohe Rente herauszuschlagen. Sobald aber jede Art von Invalidität gleichmäßig entschädigt wird und der Versicherte das beruhigende Gefühl hat, wenn er dereinst wirklich invalide wird, unter allen Umständen das für sein Existenzminimum Nötige zu erhalten, hört der Unfall auf, als besonders günstige wirtschaftliche Konjunktur zu erscheinen und damit die Sucht nach Rente.

Wenn jede Art von Invalidität, ganz oder teilweise, gleich entschädigt wird, so sind andererseits die besonders von Regierungsbaumeister Eisner in Berlin und Paul Lohmar in Cöln gegebenen Anregungen zu beobachten, die teilweise Invalidität nur dann zu entschädigen, wenn sie mindestens einen gewissen Umfang erreicht hat und die ganz niedrigen Renten abzuschaffen, also etwa erst von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 15—25 Proz. an. Ob und inwieweit die Gesetzgebung alle die aufgestellten Forderungen verwirklichen kann, werden vielleicht die noch folgenden Besprechungen über die praktische Gestaltung der Gesetzgebung ergeben. Das darf mich aber nicht hindern, sie von meinem ärztlichen Standpunkt als erstrebenswert hinzustellen.

Etwas leichter wird es wohl der zukünftigen Gesetzgebung werden, den Kreis der Versicherten besser zu bestimmen, als jetzt. Wurde eingangs der Erörterungen gesagt, daß die Zwangsversicherung für diejenigen Volkskreise geschaffen ist, deren Arbeitsertrag so gering ist, daß bei Krankheit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit ihre wirtschaftliche Existenz bedroht beziehungsweise erschüttert ist, so muß gefordert werden, daß nun auch alle, deren Einkommen so niedrig ist, in die Versicherung einbezogen werden, ob sie nun zur Klasse der Fabrikarbeiter, der Heimarbeiter, der Dienstboten oder zu sonst welcher Klasse gehören. Da ferner die wirtschaftliche Existenz dieser Volkskreise nicht viel weniger bedroht ist, wenn Frau oder Kinder erkranken, als wenn das Familienoberhaupt erkrankt, so muß sich die Versicherung auch auf die Familien erstrecken. Dies wird um so leichter durchzuführen sein, wenn berücksichtigt wird: 1. daß schon heute mit Erfolg eine ganze Reihe von Krankenkassen von dem Recht der Familienversicherung Gebrauch machen; 2. daß viele Ehefrauen als ehemalige Arbeiterinnen die Krankenversicherung freiwillig fortsetzen; 3. daß viele Ehefrauen teils als freiwillig die Versicherung fortsetzende, teils als Gelegenheitsarbeiterinnen invalidenversichert sind; 4. daß viele ältere Frauen kurz vor, oder noch im Beginn der Invalidität irgend eine leichte oder scheinbare Beschäftigung annehmen, um Invalidenmarken kleben zu können und am Tage nach erfüllter Wartezeit sich um die Rente mit Erfolg bewerben. Bei zwangsweise eintretender frühzeitiger Versicherung würden diese bis zur Invalidität weit mehr Beiträge gezahlt haben und so die Versicherung erheblich weniger belasten als jetzt.

Übersieht man die Gesamtheit der Leistungen, für die der Arzt in Frage kommt, so wird man gerade bei der von mir gewählten Art der Darstellung sich der Überzeugung nicht verschließen können, daß die gegenwärtige Drittelung der ärztlichen Tätigkeit — Krankenkassen-, Unfall-, Invaliditätsversicherungs-

arzt — eigentlich ein Unding ist. Ebenso wird es aber klar, daß für den großen Bereich der Versicherung sowohl im Interesse der Versicherten, wie der Ärzte die Gesamtheit aller in Deutschland zur Verfügung stehenden Ärzte heranzuziehen ist, soweit sie nur bereit sind, die nun einmal notwendigen Erfordernisse der versicherungsärztlichen Tätigkeit zu erfüllen und sich als für dieselben qualifiziert erweisen. Die Bedingungen, die sie dabei zu stellen haben, sind kurz gekennzeichnet in einer Bezahlung, die wenigstens einigermaßen ihren Leistungen entspricht und ihnen auch die unentbehrliche Arbeitsfreudigkeit ermöglicht. Die finanzielle Ausstattung der Versicherung sei so hoch, daß eine angemessene Bezahlung der Ärzte ermöglicht wird, die Beschränkung der ärztlichen Forderungen gehe soweit, daß sie den Bestand der Versicherung nicht gefährden. Bezüglich der weiteren Punkte stehe ich auf dem Boden der Forderungen der erwähnten Krankenkassenkommission, bzw. der in ähnlicher Form auf Schönheimers Antrag von der Ärztekammer Berlin-Brandenburg beschlossenen: 1. Zur Regelung der Beziehungen zwischen den Verwaltungen der Arbeiterversicherung und den Ärzten sind unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung paritätische Einigungskommissionen, eventuell mit einer Berufungsinstanz unter unparteiischen Vorsitzenden einzusetzen. 2. Im Interesse der Versicherten und des ärztlichen Standes ist die Zulassung jedes approbierten Arztes, welcher sich auf die von den Einigungskommissionen festgesetzten Bedingungen verpflichtet, zur Krankenbehandlung, auch bei Unfallverletzten, dringend erforderlich (freie Arztwahl). 3. Es ist eine gesetzliche Festlegung genügender Honorierung der ärztlichen Leistungen zu verlangen.

Sitzung vom 8. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet, Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Sayffaerth: **„Die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft.“** Als das Deutsche Reich vor nahezu einem Vierteljahrhundert mit der öffentlich rechtlichen Versicherung seiner Arbeiter allen voranschritt, mußte es sich zunächst begnügen, auf unsicherem Boden gangbare Pfade zu finden. Erst allmählich hat sich herausgestellt, welchen Schädlichkeiten man zu wehren, welche Schutzvorrichtungen man anzubringen hatte. Dementsprechend sind die nützlichen Maßnahmen dann einzeln und teilweise zusammenhanglos getroffen worden. Am einfachsten und praktischsten müßte es sein, wenn alle Kranken, Unfallverletzten und Invaliden in gleicher Art Anspruch auf Renten oder sonstige Hilfe gegen ihre Schäden erhielten, wenn eine gemeinsame Behördenorganisation die Abwicklung der Geschäfte übernähme und wenn die Mittel ohne wesentliche Unterschiede dafür gemeinschaftlich aufgebracht würden. So wird es auch jeder Staat einrichten, welcher heutigen Tages an diese Aufgabe erstmalig herantritt, so macht es Österreich tatsächlich. Leider aber besitzen eben nur die Staaten hierzu die Möglichkeit, welche in der Beziehung noch ganz oder ziemlich unbeschriebene Blätter sind, während andere und vor allem wir nach verschiedenen Richtungen hin für Form wie Inhalt geradezu gefesselt sind.

Unter diesen Umständen werden nun wohl die Landesversicherungsanstalten doch auf die Erfüllung des Wunsches verzichten müssen, Alleinträger des neuen Versicherungsgebäudes zu werden. Der andere, allein gangbare Weg aber bietet sich jetzt von selbst dem Auge dar, es ist derjenige der reinen Vereinigung mit einigen Abänderungen. Hierbei bleiben die drei Einrichtungen, Krankenkassen,

Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten sowie die drei Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Invalidität ja mit ihren Haupteigenheiten bestehen.

Meine eigenen Vorschläge lassen sich danach in die Sätze zusammenfassen: Bewährtes bewahren, Lebensunfähiges opfern, Gewohnheiten schonen, Unwesentliches loslösen, Nötiges hinzufügen, Nachteile durch Vorteile ausgleichen, Nähern und Verbessern.

Dazu möchte ich, bevor ich die Anwendung zeige, hervorheben, daß namentlich die Selbstverwaltung und die Verteilung sowohl der Beitragslast als auch des Einflusses der Interessentenkreise innerhalb der drei großen Verwaltungskörper unangetastet gelassen und dennoch die letzteren einander zu inniger Verbindung genähert werden können. Wenn aber ferner besonders an einer Stelle etwas geändert werden muß, so wird man höchstens die Krankenkassen zu heilen brauchen, wo sie krank sind, d. h. man wird, wie man vor einigen Jahren die 1300 überflüssigen Schiedsgerichte beseitigte und durch 124 große ersetzte, jetzt die 22000 leistungsunfähigen Zwergkrankenkassen zu vielleicht 1170 brauchbaren Verbänden zusammenschließen und die sonstigen Klagen der Versicherten über ungleiche, unschöne oder ungerechte Behandlung abstellen. Wo aber endlich zum Zwecke der Näherung im großen oder kleinen, dem Rechte, jenem Pflichten auferlegt werden sollen, muß ersterer sich dagegen auch anderswo eine Verkürzung gefallen lassen, letzterer eine Erleichterung erfahren. Kann man das streng durchführen, so bleibt meines Erachtens die Harmonie der deutschen Versicherung ungestört und wird wahrscheinlich der Reform weder das Unternehmertum noch die Arbeiterklasse Widerstand entgegensetzen. Aber uns erwächst auch die Pflicht, der grundsätzlich schon gebilligten Witwen- und Waisenversorgung, der Arbeitsvermittlung und der wenigstens vom Fürsten Bülow am 10. Dezember 1903 ebenfalls bereits angekündigten Versicherung gegen unverschuldete Arbeitslosigkeit zu gedenken.

Diese Erwägung führt zu der Forderung eines lokalen Unterbaus der gesamten Arbeiterversicherung. Einheitlich soll die letztere einmal werden. Da die Zentralisierung keinesfalls für alle Zweige paßt, müssen also auch diejenigen Zweige dezentralisiert werden, für welche vielleicht eine innere Notwendigkeit dazu nicht gerade besteht. Erfreulicherweise stimmen darin bereits die Ansichten der Mehrzahl der gegenwärtig sozialpolitisch beschäftigten Praktiker und Theoretiker überein und so wird es wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß auf dieser Grundlage demnächst im Deutschen Reich der Umbau der Versicherungsgesetze ruhen wird.

An dieser Stelle jedoch habe ich darauf aufmerksam zu machen, daß überhaupt gerade genügend erprobte Einrichtungen vorhanden sind, deren Ersatz schwierig, deren möglichst ungestörter Fortbestand höchst wünschenswert wäre. In dieser Erkenntnis wird man sich aber auch davor hüten müssen, in die neuen Versicherungswerke ganz unerfahrene Arbeiter einzustellen oder den bisher an einer Stelle bewährten Kräften zuzumuten, den Ansprüchen aller drei Stellen oder gar ihrer noch mehr gerecht zu werden. Vielmehr müssen wir erwägen, daß die guten Erfolge unserer Arbeiterversicherung zum großen Teil auf der ehrenamtlichen Hilfe aller Berufsstände und auf der redlichen Hingabe eingeübter Beamten an ihre Sonderaufgaben beruhen. Deshalb aber ist es am allerbesten, sie möglichst wenig gestört ihr Werk fortsetzen zu lassen.

Somit trete ich nicht nur für den geteilten Oberbau und den Verbleib der

bisherigen Mieter, sondern auch dafür ein, daß der Unterbau selbst nach seiner Erweiterung keinen neuen Mieter erhält. In erster Hinsicht freue ich mich, daß wenigstens viele moderne Sozialpolitiker neuerdings auch hierzu neigen, und in letzter Hinsicht hoffe ich, daß auch die Theoretiker, welche leider noch immer andere Bahnen wandeln wollen, sich bald bekehren lassen werden. Die Besetzung der beiden Hälften des Oberbaues und des Unterbaues durch die vorhandenen Versicherungsträger ergibt sich jetzt von selbst.

Die Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften bleiben im großen und ganzen unverändert bestehen und besorgen in der Hauptsache ebenso wie bisher die Angelegenheiten der in Kranke, Invalide, Unfallverletzte eingeteilten Arbeitsunfähigen. Berufsgenossenschaften wie Landesversicherungsanstalten aber übernehmen lediglich nach Abschluß aller Ermittlungen und ruhiger Erwägung der Umstände die Entschädigungen der nicht genügend wieder hergestellten Erkrankten oder Beschädigten, während die Krankenkassen sämtlichen innerlich oder äußerlich, im Dienst oder außer Dienst zur Arbeit unfähig gewordenen Versicherten und ihren Familien die erste schnelle Hilfe, Heilverfahren und Fortbezug von Geldmitteln gewähren. Ganz ungezwungen werden sich an diese Gliederung später eine Witwen- und Waisenversicherung sowie eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit mit der zugehörigen Arbeitsvermittlung anknüpfen lassen. Erstere als minder eilig und wegen der Notwendigkeit rechtlicher Prüfungen könnte den Landesversicherungsanstalten zugewiesen werden, welche mehr übernehmen möchten und dazu hervorragend fähig sind; letztere fiele der Krankenkasse zu, weil es sich um die allereiligsten Maßnahmen, um kurzfristige Hilfe und engste Verbindung mit Arbeitern und Arbeitgebern handelt.

Zu besonderen Reichsämtern, sogenannten Wohlfahrtsämtern, die Krankenkassen umzugestalten, davon sehe ich für das Deutsche Reich gern ab. Schon der erste Versuch mit den Rentenstellen ist insofern mißglückt, als sie nicht beliebt wurden. Dafür haben sich aber die Beisitzer bei den unteren Verwaltungsbehörden meistens gut eingeführt.

So gelange ich mit Notwendigkeit zu dem Vorschlage, die Krankenkassen an die Kreise und sonstigen unteren Verwaltungskörper anzugliedern. Sie werden dadurch zum Teil erst leistungsfähig werden, es werden damit zum anderen bald die Klagen über Geiz, Willkür u. s. f. verstummen, sie werden danach bei sich alles dasjenige vereinen, was für die Beurteilung der Invalidität, für die Untersuchung eines Unfalls, für die Begründung von Krankengeld- wie Rentenansprüchen, für die Feststellung, wie sonst jedermann zu helfen, für die Kontrolle in späterer Zeit und auch eventuell für eine Arbeitsvermittlung notwendig ist.

Es gilt nötigenfalls Arzt und Arznei oder Krankenhauspflege zu liefern, in anderen Fällen zu übernehmen, was die Kranken in dieser Hinsicht, weil es zu eilig war, selbst veranlaßt haben, ferner gilt es Krankengeld zu zahlen, die Kranken zu kontrollieren und die Beiträge einzuziehen. Zur Kontrolle und zum Beitragseinzug treten neu die Versicherten bzw. Rentenempfänger aus der Unfall- wie Invalidenversicherung hinzu und rücksichtlich beider bleiben dann auch weiter alle Rentensachen vorzubereiten und Anträge auf besondere Leistungen oder auf Rentenminderung bzw. Rentenentziehung zu stellen. Vielleicht wird endlich später die Vorbereitung und Kontrolle der Witwen- und Waisengelder sowie die Arbeitsvermittlung und Bewilligung von Arbeitslosenunterstützung ebenfalls noch hinzutreten.

Unter diesen Umständen wird es die größte Wirkung haben, wenn die bisherige Aufsichtsbehörde der jetzigen Krankenkassen selber die Leitung der neuen Kreiskrankenkasse bzw. des ganzen sozialpolitischen Kreisamts übernimmt. Dann verstummen die seither oft vernommenen Klagen über die Kassenvorstände am sichersten und liegt für die letzteren nicht der geringste Anlaß vor, sich etwa minderfrei zu fühlen. Zu Vorsitzenden der reorganisierten Krankenkassen die Vorsteher der unteren Verwaltungsbehörden, Oberbürgermeister, Landräte, Bezirks-, Oberamtmänner, Amtshauptmänner usw. einzusetzen, dürfte also der beste Entschluß sein.

Große Kassen können natürlich Unterstellen bilden, wozu die Bezirke der Stadtkreise und auf dem Lande die einzelnen kleinen Städte oder größeren Dorfgemeinden den trefflichsten Anhalt bieten. Günstig ist, daß die so wichtigen technischen Kräfte des Kreisarztes und Gewerbebeamten dieser neugeborenen sozialpolitischen Behörde als Berater bequem zur Verfügung stehen, und so wird mancher Mißgriff künftig von vornherein verhütet, manche unnötige Bewilligung, manche ungerechtfertigte Abweisung desto sicherer vermieden werden.

In den Vorständen der neuen Krankenkassen werden sich im übrigen die bewährten Vorstandsmitglieder der bisher gut verwalteten größeren oder bedeutenderen Orts- und Gemeindekrankenkassen, sowie auch die schwerlich zu entbehrenden jetzigen technischen Leiter natürlich ziemlich unversehrt wieder zusammenfinden.

Dem einmal geltenden und bei der neuen Krankenkasse so gut wie bei der alten angewandten Grundsatze, daß gleichen Pflichten gleiche Rechte gegenüberstehen sollen, entspricht es, daß die Zusammensetzung des Vorstandes im Zahlenverhältnis der beiden Stände zueinander wechselt, sobald es sich um eine Erkrankung aus Anlaß eines Unfalls handelt. Zu diesem Behufe ist eine Abzweigung von der Krankenkasse, die Unfallkommission, in gleicher Größe zu bilden. Hier kommen auf 2 Arbeitnehmer mithin 4 Arbeitgeber, über denen wiederum der beamtete Vorsitzende steht. Die ebenso wie für die Krankenkasse und gleichzeitig vorzunehmenden Wahlen können hierfür auf 2 weitere Arbeitgeber beschränkt werden.

Eine solche Kommission ist deshalb nötig, weil alle Betriebsunfälle sofort den Berufsgenossenschaften überwiesen werden sollen und somit die Frage, ob ein solcher vorliegt, schnellstens einstweilig zu beantworten ist.

Durch die Einrichtung der Unfallkommission wird die Lage der verletzten Versicherten nach zwei Richtungen hin verbessert. Sie kommen früher und sicherer zu einem ihren beruflichen Bedürfnissen gerecht werdenden und, soweit es sich um kostspielige Heilmittel handelt, diese gewährenden Heilverfahren, sie brauchen sich aber auch nur noch in seltenen Fällen ihr Recht auf Unfallentschädigung in einem eigenen Streitverfahren einzuklagen. Bekanntlich soll die Unfallkommission alsbald entscheiden und sollen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, soweit sie den Entscheid nicht für richtig halten, nur gegeneinander auf Erstattung der Aufwendungen klagen. Dadurch bleiben den angeblich Verletzten zur eigenen Klage nur solche Fälle übrig, welche nicht einmal von der Krankenkasse für Betriebsunfälle erachtet werden.

Kommt es endlich später einmal zur öffentlichen Arbeitsvermittlung und zur Arbeitslosigkeitsversicherung, dann bilden die vorhandenen 4 Arbeitnehmer und 4 Arbeitgeber unter dem bekannten Vorsitzenden einfach das Arbeitsamt, dessen Zusammensetzung nach Lage der Dinge bei ganz gleichem Interesse beider

Stände und nicht verschiedener Beteiligung an den Kosten der Sache nur gleichmäßig im Verhältnis 1:1 erfolgen darf. Für etwaige erweiterte Hinterbliebenenrenten würde die Krankenkasse sinngemäß die Vorbereitung und Kontrolle übernehmen.

Das neue sozialpolitische Kreisamt würde also kurz dargestellt so aussehen: 1 Vorsitzender (Landrat oder Kreisassessor bzw. Oberbürgermeister oder Beigeordneter und 6 (bzw. 8) Mitglieder.

	1 Vorsitz.	4 Arbeitgeber				4 Arbeitnehmer			
Krankenkasse	1	1.	2.	—	—	1.	2.	3.	4.
Unfallkommission . . .	1	1.	2.	3.	4.	1.	2.	—	—
Arbeitsvermittlungsamt .	1	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.

Den vorigen Ausführungen gemäß sind zunächst die Gemeinde-, Orts-, Fabrik-, Bau-, Innungs-, Knappschaftskassen aufzuheben und kann es allenfalls besonderen Zweckverbänden überlassen bleiben, die eine oder andere darunter mit etwa ausnahmsweise günstigen Leistungen als Zuschußkasse weiterzuführen. Dann sind die gedachten Kreiskassen zu begründen bzw. die ihnen entsprechenden Gemeinde- oder Ortskrankenkassen in solche überzuführen.

Demnächst aber muß dem Bedürfnis nach grundsätzlich gleicher Befriedigung aller Interessenten durch einheitlich geordnete gesetzliche, nicht freiem Ermessen der Kassenvorstände vorbehaltene, bloß statutarische Leistungen ausgiebig Rechnung getragen werden.

Am besten wird man die Berechnung des Krankengeldes (Sterbegeldes) und der Beiträge in der Art vornehmen, wie es jetzt schon bei den Berufsgenossenschaften geschieht, d. h. nach wirklichem Verdienst, nur aushilfsweise nach ortsüblichem Satze, und voll nur bei Löhnen bis 5 Mk., was darüber geht, gedrittelt. Vielleicht wird sich ein Krankengeld von 50 Proz. des Tagelohns und eine freiwillige Mehrversicherung bis 75 Proz. sowie Mitversicherung der Familie einführen lassen.

Die berufsgenossenschaftliche Verwaltung könnte wohl im Interesse der Kosten etwas vereinfacht werden. Hier aber läßt sich eine gesetzliche Vorschrift entbehren, weil diese Kosten lediglich von den Arbeitgebern aufgebracht werden. Die versicherungsanstaltlichen Geschäftseinrichtungen sind bereits so einfach, daß man kaum eine nützliche Änderung anbringen könnte. Nur die Krankenkassen erfordern auch die äußerliche Umgestaltung.

Unbedingt muß die gemeinsame Arbeiterversicherung künftig für einen und denselben Personenkreis gelten und bleiben deshalb einige Versicherungsarten weiter auszudehnen. Namentlich müssen die landwirtschaftlichen Arbeiter und die Dienstboten der Krankenversicherungspflicht unterworfen und für das Gesinde und die Angehörigen nicht fabrikmäßiger Betriebe neue Sammelgenossenschaften gebildet werden. Man wird also die Versicherungspflicht allgemein für Arbeitnehmer festsetzen und nur nach oben etwa auf 2000 Mk. begrenzen müssen, daneben aber sie auch, wie es schon in der Landwirtschaft geschieht, auf kleine Betriebsunternehmer mit Einkommen bis 1500 Mk. nach Maßgabe der Steuerveranlagung ausdehnen können. Dazu wird man eine freiwillige Selbstversicherung noch einzurichten haben, und zwar für Arbeitnehmer, denen 2000 Mk. nicht genug erscheint, wie für Arbeitgeber, die sich trotz 1500 Mk. nicht auf sich selber verlassen mögen, mit einer obersten Begrenzung etwa auf 3000 Mk. für Arbeitnehmer und auf 5000 Mk. für Arbeitgeber.

Höchst empfehlenswert im Sinne einer innerlichen Näherung wie im Inter-

esse wiederum der Versicherten aber bleibt dann noch die schon gestreifte Überführung einer schon jetzt nicht unbekannten und viel geübten Maßnahme aus dem Gebiete der freiwilligen Entschließung auf dasjenige der Notwendigkeit. Ich denke an die Fälle, wo bestimmte Aussicht auf völlige oder erheblichere Herstellung besteht, aber ein kostspieligeres Heilverfahren oder eine schwierigere Operation dazu erforderlich sein würde. Hier möchte ich das bisherige Recht der Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten, vorzeitig einzugreifen, in eine künftige Pflicht dieser höheren Verbände, das zu tun, verwandelt wissen. Atteste von höheren beamteten Ärzten oder Autoritäten sonstiger Art könnten vielleicht für die Feststellung genügen, ob der Fall vorliegt oder nicht. Nötigenfalls müßte das Recht auf Übernahme oder die Pflicht zum Ersatz in einem eiligen Antragsverfahren erstritten bzw. festgestellt werden.

Es wird kaum zu umgehen sein, daß der Begriff der Krankheit im gesetzlichen Sinne festgelegt wird. Es gibt ja Störungen des körperlichen oder geistigen Gleichgewichts, die sicherlich krankhaft sind, aber den Befallenen in seinem Beruf nicht stören. Umgekehrt gibt es berufliche Hemmungen aus krankhafter Verstimmung, wofür sich kein Krankheitsname leicht finden läßt. Es gibt dann Krankheiten, die absolut arbeitsunfähig machen, und andere, wobei nur eine teilweisen Arbeitsenthaltung geboten ist. Mit allem dem und noch manchem anderen vielleicht wird man rechnen müssen, wenn man das Gesetz so gestalten will, daß es allen Verhältnissen gerecht wird und daß weder zu viel noch zu wenig entschädigt wird, keiner unnütz feiert und keiner über Gebühr sich anstrengt. Ich würde in Erwägung dieser Dinge nicht in jedem Falle Krankengeld, sondern vielfach nur ein Schonungsgeld von etwa der Hälfte des ersteren für angebracht halten; es braucht, wo dies allein in Frage kommt, nicht verlangt zu werden, daß der Patient immer zu Hause bleibt, und es darf dabei sogar verlangt werden, daß er sich in geringem Umfange nützlich macht. Der Arzt entscheidet das und ich glaube, es würde ihm dieser Weg viel sympathischer sein als die heutige Ungewißheit in einer Unzahl von Fällen, ob es richtiger ist, einen Krankenschein auszustellen oder zu verweigern. Eine durchaus einwandfreie Formulierung des Krankheitsbegriffs zu bringen, sehe ich heute nicht als meine Aufgabe an. Indessen möchte ich doch bemerken, daß ich dieselbe für nicht so schwer löslich halte, wie man vielfach annimmt, und so vertraue ich, es werde sich im Gesetze da, wo von Krankheitsfällen die Rede ist, etwas mindestens so Schönes finden lassen, wie es zu lesen steht, wo von Invalidität gehandelt wird. Im Sinne der vorigen Ausführungen bin ich z. B. bisher dahin gelangt, als Krankheit die „völlige oder teilweise Störung der körperlichen und geistigen Fähigkeit zur Erfüllung der gewohnten beruflichen Pflichten" anzuerkennen.

Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob die Unfallversicherung außer Unfällen und unfallartigen Ereignissen auch wie in Frankreich Berufskrankheiten oder wenigstens deren eine gewisse Art und Zahl umschließen solle. Wer eine innere Verwandtschaft herausfühlen will oder oft bemerkt, daß die Arbeiterfamilien den Unterschied nicht empfinden, pflegt dafür zu sein. Dawider spricht jedoch die begriffliche Verschiedenheit und der erhebliche Kostenpunkt. Ich möchte einer Einbeziehung deshalb und aus dem weiteren praktischen Grunde widerraten, daß eine solche Vermischung neue Übelstände im Gefolge haben würde.

Auch eine andere Klage ertönt dort laut genug. Ich erkläre ihren Gegenstand am besten an einem Beispiel. Wenn ein Unfall ein Auge zerstört, erhält der bisher Zweiäugige 30 Proz., der bisher schon Einäugige 100 Proz.; verliert

aber der erstere hinterher sein gutes einziges Auge aus inneren Gründen, so bleibt ihm die Zulage der jetzt fehlenden 70 Proz. versagt. Man erwägt nur, daß der Einäugige durch den Unfall, der Zweiäugige später durch einen Zufall blind wurde, und übersieht, daß doch auch hier das Unfalleiden zur Blindheit mitwirkt, denn trotz des Zufalls hätte doch der Empfänger der 30 Proz. ohne seinen Unfall immer noch ein Auge übrig, genau wie der Empfänger der 100 Proz. vor dem Unfall. Mir will scheinen, als ob an dieser Stelle das strictum jus die Rechtsprechung nicht zu ihrem Vorteil allzu stark beeinflußt habe. An anderer Stelle hat dagegen das aequum jus überaus milde dafür gesorgt, daß ein nahezu arbeitsunfähiger Rückenmarkkranker, wenn er bei seiner Arbeit einen Stoß erhält und danach aufhört zu verdienen, die Vollrente empfangen muß. Ich meine aber, billiger würde es jedermann erscheinen, wenn letzterer leer ausginge und im ersten Fall entschädigt würde. Also könnte wohl Gesetz oder Rechtsprechung hier Wandel schaffen und dem Grundsatz noch zu umfangreicherer Geltung verhelfen: Mitwirkung gilt der Veranlassung gleich. Selbstverständlich müßten ebenso wie Blinde, auch Taube, Lahme und Armlose behandelt werden.

Ich bin am Schlusse. Möge es gelingen — so oder anders — ein Werk zu schaffen, welches den Mühseligen und Beladenen, soweit Menschenkunst dazu überhaupt ausreicht, das wertvolle Geschenk der Zufriedenheit mit ihrem Lose verleiht und den Ärmsten der Armen, deren Lebensglück an Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter, an Not und Tod scheitern will, dies Schicksal dennoch freundlicher wendet. Möge es jedoch auch bald dazu kommen! Ich würde es höchst angebracht halten, wenn alsbald, wie es seinerzeit beim Bürgerlichen Gesetzbuch geschehen ist, eine Kommission zur Beratung über alle Fragen der Arbeiterversicherung und zur Ausarbeitung eines Entwurfs für das neue Arbeiterversicherungsgesetz eingesetzt würde. In dieselbe müßten Theoretiker und Praktiker, Vertreter aller Stände, Arbeiter und Arbeitgeber, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten, Angehörige der Kreise, welche die Gesetze geben, wie derer, welche sie ausführen, also Landräte und Bürgermeister, Mitglieder des Reichsversicherungsamts und Schiedsgerichtsvorsitzende und, nicht zu vergessen, auch Ärzte, neben Mitgliedern des Bundesrats und Reichstags, berufen werden. Dies würde, denke ich, die beste Gewähr dafür bieten, daß die Zeit der Verhandlungen auf das geringste Maß beschränkt wird, daß etwas zustande kommt, was ohne weitere längere Überlegung von den gesetzgebenden Körperschaften angenommen werden kann, und daß endlich auch die Ausführung des Gesetzes nicht hinter den Absichten seiner Schöpfer zurückbleibt.

Große Unzufriedenheit haben die Krankenkassen durch die Beschränkung der Ärztezahl und die niedrige Bemessung der Honorare erweckt. Diese Maßregeln waren zwar von lobenswerter Sparsamkeit diktiert, führten aber dazu, daß ärztliche Hilfe oft gar nicht zu erlangen war und daß einerseits die Ärzte nicht immer ihren Kassenpatiensen die gewünschte Zeit widmeten, die Kassenmitglieder andererseits aber sich oft über unwürdige Behandlung beschwerten. So ist die Forderung der freien Arztwahl und diejenige einer angemesseneren Bezahlung immer lauter geworden. Man wird indessen zugeben müssen, daß die Erfüllung beider Wünsche nur der Billigkeit entspricht und daß auch innere Gründe genug dafür vorhanden sind. Ja, ich möchte sogar annehmen, daß der Gesetzgeber nie daran gedacht hat, die Verhältnisse könnten sich so entwickeln, wie wir es erlebt haben, denn sonst müßte er von vornherein besondere Vorschriften darüber er-

lassen haben. Soweit die Sache die Ärzte angeht, muß erwogen werden, daß jeder Arbeiter seines Lohnes wert ist und daß die Bevorzugung eines Teils, die Zurücksetzung eines anderen Teils der Ärzteschaft auch ungehörig ist. Soweit es sich jedoch um die Versicherten handelt, welche bei der ganzen Angelegenheit doch zweifellos die Hauptsache bilden, liegt in der Versagung der Hilfe gerade, welche dem Kranken am meisten sympathisch ist, die denkbar größte Härte. Man fragt sich vergebens, warum die Mitglieder einer großen Arbeiterfamilie sich nicht, wenn sie wollen, wie diejenigen einer Familie aus anderem Stande, sämtlich an denselben Hausarzt wenden dürfen, sondern unter Umständen gezwungen werden sollen, sich von ebenso vielen verschiedenen Ärzten kurieren zu lassen, wie Familienmitglieder vorhanden sind. Der eine Arzt wird sich dabei wahrscheinlich, auf Grund seiner genauen Kenntnis der Verhältnisse, im Einzelfalle weniger leicht täuschen oder täuschen lassen als die Vielheit! Wie sehr aber läßt auch das in der Krankenkassenverwaltung zu Herrschaft gelangte Prinzip das psychische Moment der Sache außer acht! Das Vertrauen eines Erkrankten auf seinen Arzt und dessen Mittel ist nach allgemeiner Auffassung gewiß schon die halbe Genesung. In Wirklichkeit aber liegt darin mindestens ein so erheblicher Heilfaktor, daß, wo das Zutrauen fehlt, auch bei der besten Diagnose und Verordnung die Krankheit länger als nötig dauert, oder wo gar Abneigung herrscht, die Behandlung leicht ihren Zweck verfehlt. Damit kommen wir nun schon zum zweiten Male zu dem überraschenden Ergebnis, daß sich die Krankenkasse bei ihren jetzigen Gepflogenheiten nur unnötig selber damit belastet, länger Arzt, Apotheke und Krankengeld zu gewähren! Vielleicht wird die Zukunft lehren, daß die freie Arztwahl und die höhere Honorierung der Einzelleistung gar nicht die befürchtete Steigerung der Ausgaben zur Folge hat. Ich kann mich also nur für die bezüglichen Bestrebungen aussprechen und meine, daß man sich gegen etwaige Mißbräuche d. h. willkürliche Hochschraubung der Kosten oder ungeeignete Verordnungen, schon anderweit wird schützen können.

Sitzung vom 1. März 1906.

Vorsitzender: Herr Lassar, Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Mayet trägt über: **„Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung“** vor. Ich betrachte die für die soziale Versicherung gezahlten Beiträge, von wem auch immer sie getragen seien, von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern oder Staat, als Teile des Arbeitslohnes. Ich betrachte diese in Versicherungsbeiträgen aufgebrachten Lohnteile als die allerwirksamsten Teile des Lohnes und insofern eher als Lohnersparnisse als wie als Lohnerhöhung. Im „Atlas und Statistik der Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches“ sind, auf S. 16, bis Ende 1901 nachgewiesen $3^1/_2$ Milliarden Mark Ausgaben und 1,3 Milliarden Vermögensbildung, zusammen eine Aufbringung von 4,81 Milliarden Mark. Seitdem sind über 4 Jahre vergangen. Die ordentlichen Ausgaben ohne Zuführung zum Vermögen oder Reservefonds haben betragen: bei der reichsgesetzlichen Krankenversicherung 1902: 183,3 Mill. Mark (1903: 199,9), bei der der Knappschaftskassen und -Vereine 19,4 (1903: 19,4), Unfallversicherung 124,8 (1903: 136,8), Invalidenversicherung 94,5 (106,1), Reichszuschuß zur Invalidenversicherung 37,8 (41,9); zusammen Ausgaben 1902: 459,8, 1903: 504,1 Mill. Mark. Die Vermögensbildung betrug bei der reichsges. Krankenversicherung 10,4 (7,0), der der Knappschaftskassen und -Vereine 2,3 (2,3?), Unfallversicherung 14,2 (15,5), Invaliden-

versicherung 78,3 (76,8); zusammen Vermögensbildung 1902: 105,2 Mill. Mark, 1903: 101,6 Mill. Mark. Die Gesamtaufbringung für die Arbeiterversicherung betrug also 1902: 565,0 Mill. Mark, 1903: 605,7 Mill. Mark. — Dazu kommen noch 1904 und 1905 mit steigenden Beträgen. Trotzdem zögere ich nicht, sehr bedeutende Neuausgaben für eine Weiterbildung der Versicherung zu empfehlen. Der leitende Gedanke der Weiterbildung sollte sein, daß der Arbeiter doch vor allen Dingen für seine Familie sorgen will und daß die soziale Versicherung ihm dieses erleichtern muß. Die bisherige Versicherungsgesetzgebung dachte hauptsächlich an den arbeitenden Mann, die arbeitende Frau. Das ist eine Halbheit; deshalb ist die jetzige Arbeiterversicherung eine unbefriedigende gigantische Halbheit. Aus der Familie regeneriert sich das Volk. An das Kind, an das Weib und die Notlagen der Familie aus Krankheit und Tod jener ist ebenso vorsehend, vorsorgend, durch Versicherung sichernd, zu denken. Die Leistungen der Versicherung sollten m. E. in folgenden Richtungen zwangsmäßig und allgemein ausgestaltet werden: In der Krankenversicherung: 1. durch Gewährung des Krankengeldes durchgängig auch für Sonn- und Feiertage, 2. durch Erhöhung des Prozentsatzes des Krankengeldes im Verhältnis zu der Zahl der Beitragsjahre; für jedes Beitragsjahr mehr $^1/_2$ Proz. des Lohnes mehr Krankengeld; ferner 3. durch allgemeine Einbeziehung der Ehefrauen und der im Haushalt des Kassenmitgliedes lebenden Kinder bis zu 15 Jahren in die Krankenunterstützung durch Gewährung von Arzt, Arznei und Heilmitteln, sowie von einem mäßigen Zuschuß bei deren etwa nötigen Aufnahme in ein Krankenhaus. 4. Unter die zulässigen Mehrleistungen der Kassen wäre die Gewährung der Krankenpflege und der Haushaltführung durch Krankenschwestern sowie die Gewährung von Wohnungsdesinfektion aufzunehmen. Die Erhöhung des Krankengeldes mit der Zahl der Beitragsjahre nützt wesentlich dem Familienvater, der Familienmutter. Wer mit 15 Jahren in die Krankenversicherung eintrat, wird mit 35 Jahren nun 60 Proz., mit 55 Jahren nun 70 Proz. statt bisher nur 50 Proz. des Lohnes als Krankengeld beziehen. Das kommt den Kindern, der Familie, zugute. In die Krankenversicherung gliedere ich die Mutterschaftsversicherung ein; sie besteht aus vier Leistungen: Unterstützung 1. der Schwangeren auf 6 Wochen und 2. der Wöchnerinnen auf weitere 6 Wochen in Höhe des Krankengeldes; 3. freie Gewährung der Hebeammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden; sowie ferner 4. von Stillprämien in Höhe von 25 Mark an die Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen und von weiteren 25 Mark an solche, die nach einem vollen Jahr noch stillen. In dem Umfange der künftigen Arbeiterversicherung mag auf etwa $1^1/_2$ Millionen Geburten jährlich gerechnet werden. Von den $1^1/_2$ Millionen Müttern mögen 800000 durch die Stillprämien und durch die auf das Brustsstillen gerichteten, damit verbundenen Belehrungen veranlaßt werden, das Stillen ein halbes Jahr lang, mögen 400000 veranlaßt werden, es auf ein Jahr fortzusetzen. Die zu erwartende Wirkung wäre etwa folgende: Jetzt sterben von den Geborenen rund $^1/_5$ im ersten Lebensjahre. Durch die Schutzwirkung des Brustastillens werden aber mindestens 80 Proz. der Todesfälle erspart. Macht sich die Schutzwirkung für durchschnittlich 600000 Säuglinge geltend, so werden nun nicht mehr 120000 von diesen im ersten Lebensjahre sterben, sondern nur noch 24000. Es werden also durch die Stillprämien, verbunden mit besserer Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge, jährlich mindestens 96000 Säuglinge mehr dem Leben erhalten bleiben. Die Wirkung der Stillprämien erstreckt sich aber weiter, als nur auf die Rettung gegen frühzeitigen Tod; das Brustsstillen wirkt prophylaktisch, für

das ganze spätere Leben krankheitsverhütend. Hinsichtlich der Unfallversicherung ist deren sachliche Erweiterung zu einer Versicherung gegen Unfall und gegen Berufskrankheiten in der Art zu fordern, daß für gewisse durch Bundesratsbeschlüsse bestimmte Krankheiten, die bei den Mitgliedern gewisser Berufe auftreten, die betreffende Berufsgenossenschaft die Kosten zu tragen hätte, z. B. für Phosphornekrose der Zündholzarbeiter die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, für Schwindsucht der Steinmetzen die Baugewerks-Berufsgenossenschaften, für Quecksilbervergiftung der Spiegelbeleger die Glas-Berufsgenossenschaft, für Bleikrankheit der Setzer die Buchdrucker-Berufsgenossenschaft usw. Gerade weil man in der Krankenversicherung, die bisher im Grundgedanken nach beruflicher Gliederung aufgebaut war, um der unerträglichen Kassenzersplitterung ein Ende zu machen, die berufliche Gliederung der Versicherten ganz verlassen will, muß man nunmehr Sorge tragen, daß mit den klaren Fällen von Berufskrankheit diejenigen Berufe belastet werden, die sie verursacht haben. In der Invalidenversicherung halte ich eine Erhöhung der Invalidenrenten für recht wünschenswert. Sie reichen nicht zum Leben und erschweren das Sterben. Man hat im Interesse der Vereinfachung eine Vereinheitlichung des Satzes der Unfallrenten und der Invalidenrenten empfohlen. Sie ist unmöglich, so lange die Invalidenrenten nach der Äquivalenztheorie in dem Maße allmählich höher werden, wie der Versicherte Wochenbeiträge gezahlt (Marken geklebt) hat; denn eine Unfallentschädigung kann sich danach nicht richten, sondern nur nach der Höhe des entstandenen Schadens. Ich knüpfe die Bemessung der Invalidenrente an die Bemessung des Krankengeldes an. Für das Krankengeld schlug ich eine Erhöhung um $^1/_2$ Proz. des Lohnes für jedes hinzugetretene Beitragsjahr mehr vor, welche Erhöhung zu dem jetzigen Grundbetrage von 50 Proz. des Arbeitslohnes hinzutreten sollte. Wer 20 Jahre lang bereits Beiträge gezahlt hat, würde demnach ein Krankengeld von 60 Proz. seines Lohnes erhalten. Die Invalidenrente bemesse ich auf die Hälfte des Krankengeldes, also anfänglich auf 25 Proz. des Arbeitsverdienstes, dann ebenso mit den Jahren allmählich steigend, nach 20 Beitragsjahren also auf 30 Proz. Tritt ein Arbeiter mit 15 Jahren in die Versicherung ein und bleibt 50 Jahre aktiver Arbeiter, so würde er mit 65 Jahren als Krankengeld 75 Proz. des Lohnes, als Invalidenrente $37^1/_2$ Proz. erhalten. Für die äußerst zahlreichen Fälle der stark herabgesetzten Erwerbsfähigkeit möchte ich den Begriff der Halbinvalidität eingeführt sehen. Jetzt verführt Mitleid häufig, Ganzinvalidität zu attestieren, wo doch nur Halbinvalidität vorliegt. In der Altersversicherung tritt die wesentliche Abnahme der Arbeitskraft bewiesenermaßen nicht erst mit dem 70., sondern schon mit und vor dem 65. Lebensjahre ein. Ich lasse die Altersrente mit dem vollendeten 65. Lebensjahre eintreten. Hat doch auch das Pensionsgesetz der staatlichen Beamten als denjenigen Zeitpunkt, von dem an sie ihre Pensionierung ohne Nachweis der Dienstunfähigkeit verlangen dürfen, das vollendete 65. Lebensjahr angesetzt. Auch der österreichische Gesetzentwurf nimmt das 65. Lebensjahr für die Gewährung der Altersrente an. Für die Altersrente nehme ich die Hälfte der Invalidenrente an, stelle also die Altersgebrechlichkeit der Halbinvalidität gleich. Für den Fall, daß im Haushalt des Versicherten mehr als 2 Kinder unter 15 Jahren sich befinden, erhöhe ich die Halbinvaliden- und die Altersrente um $^1/_{16}$ des Krankengeldes für jedes weitere Kind, ohne etwaige Beschränkung bei höherer Kinderzahl. Diesen bestehenden Versicherungszweigen tritt in Zukunft nach dem Beschluß des Reichstages die Versicherung der Hinterbliebenen zur Versorgung der Witwen und

Waisen hinzu. Ich verstehe darunter Renten, die nach der Höhe des Krankengeldes bemessen sind, welches der Versicherte zu beanspruchen gehabt hätte. und zwar für die Witwenrente in Höhe von $^1/_8$ des Krankengeldes und für jedes Kind in Höhe von $^1/_{16}$ des Krankengeldes. Eine Witwe ohne Kinder würde also die Hälfte der Halbinvalidenpension des Mannes beziehen, mit einem Kind $^3/_4$ derselben, mit 2 und mehr Kindern gerade so viel als die Halbinvalidenrente nach obigem zu betragen hätte.

Für je 100 Mark durchschnittlichen Arbeitsverdienstes beträgt nach

	1	10	20	30	40	50
	-jähriger Versicherung:					
1. das Krankengeld:	M.	M.	M.	M.	M.	M.
a) auf das Jahr „berechnet"	50,00	55,00	60,00	65,00	70,00	75,00
b) für volle 26 Wochen	25,00	27,50	30,00	32,50	35,00	37,50
2. die Invalidenrente . .	25,00	27.50	30,00	32,50	35.00	37,50
3. die Halbinvalidenrente	12,50	13.75	15,00	16,25	17,50	18,75
4. Altersrente	12,50	13,75	15,00	16,25	17,50	18,75
Hinzutretend sowohl zu 3 als zu 4:						
5. für das dritte und jedes weitere Kind je .	3,125	3,4375	3,75	4,0625	4,375	4,6875
6. die Witwenrente . .	6,25	6,875	7,50	8,125	8,75	9,375
Hinzutretend zu 6:						
7. für jedes Kind . . .	3,1250	3,4375	3,75	4,0625	4,375	4,6875

Die Sätze für das Krankengeld, die Invaliden- und Altersrente sind höher als die nach dem gegenwärtig geltenden Gesetze sich ergebenden. Eine Berechnung der Höhe der hierfür erforderlichen Versicherungsbeiträge werde ich nachher geben. Neu fordere ich die Einführung der obligatorischen Beitragsversicherung, das ist die Bezahlung eines bestimmten Beitrages neben den anderen Versicherungsbeiträgen, damit den arbeitslos Gewordenen in der Zeit ihrer Arbeitslosigkeit die Zahlung der Versicherungsbeiträge für die vorgenannten Versicherungszweige abgenommen werden und ihnen ihre Ansprüche auf Unterstützung erhalten bleiben. Eine Berücksichtigung bei der Gruppierung der Lasten der Leistungen unter die verschiedenen Versicherungszweige sollte noch folgendes finden: Der Eintritt eines bestimmten Lebensalters für die Altersrente, der Eintritt von Tod. Verwitwung, Verwaisung und der Eintritt des bestimmten Lebensalters, mit dem die Waisenrente aufhört, das sind alles leicht beweisbare Ereignisse, deren Feststellung durch Geburts-, Toten- und Heiratsschein unschwer erfolgt und deren endgültige Behandlung nicht 31 Alters- und Hinterbliebenen-Versicherungsanstalten erheischt. Ein sehr entscheidender sachlicher Grund spricht für eine völlig einheitliche Zentralisierung der Lasten aus diesen zusammen gruppierten Versicherungsleistungen: der Altersrente, des Sterbegeldes und der Reliktenversicherung. Die Invaliden-, die Altersrentenlast, die Sterbegeldlast, die Verwitwungs- und Waisenlast muß beim Bestehen vieler territorial getrennter Anstalten eine sehr ungleiche Belastung der einzelnen Anstalten herbeiführen. Bekanntlich hat dieses schon den Anlaß gegeben zu der Schaffung des Gemein- und

[1]) Stat. Jahrb. 1905, S. 265.

des Sondervermögens bei den Invaliden- oder, wie sie früher hießen, Invaliden- und Altersversicherungsanstalten. Den großen privaten Lebensversicherungsanstalten fällt doch auch nicht ein, sich nach Provinzen zu zersplittern. Von den 12 Millionen Verwaltungskosten der 31 Versicherungsanstalten können bei Zentralisierung der 31 Anstalten die 6½ Millionen für die allgemeine Verwaltung fast durchweg fortfallen, und es ist wahrscheinlich, daß der Rest von 5½ Millionen, der jetzt für Beitragserhebung und Kontrolle, Kosten für das Verfahren bei Gewährung und bei Entziehung von Renten, für Rentenstellen, Schiedsgerichte, Beschwerdeverfahren, Rechtshilfe u. a. m. aufgewendet wird, auch noch zu einem guten Teile in der neuen Organisation ersparbar wäre. Aus der jetzigen Krankenversicherung habe ich also das Sterbegeld herausgenommen und zu der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gelegt. Umgekehrt nehme ich die Lasten für vorbeugende Heilbehandlung und Halbinvalidität zur Krankenversicherung und beteilige an diesen die Alters-, Invaliden- und Reliktenversicherung nicht. Es erscheint widersinnig, daß die Krankenversicherung für die ersten 13 Wochen der Unfälle aufzukommen habe. Es ist doch das Natürliche, daß die Unfallversicherung alle Folgen des Unfalls zu decken hat. Da es sich dabei um schleunige Fälle handelt, kann die Aufnahme der Behandlung nicht von den fernen Berufsgenossenschaften in die Hand genommen werden; das muß, wie jetzt, denjenigen Organen verbleiben, denen die Krankenbesorgung obliegt. Aber alle Kosten dafür sollten die letzteren wiedererstattet erhalten. Sie betragen mindestens ⅛ der Ausgaben der Krankenkassen für die erwerbsunfähigen und erwerbsfähigen Kranken. Ich lasse die vorhandenen Berufsgenossenschaften weiter bestehen. Lohmar, Berufsgenossenschafts-Geschäftsführer, will in seiner Schrift „Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung“ die Berufsgenossenschaften ganz beseitigen, alle Betriebe, gefährliche und ungefährliche, gleich hoch belasten. Er empfiehlt Freunds Vorschlag einer Dreiteilung der Kosten der gesamten Arbeiterversicherung zwischen Arbeitgebern, Versicherten und Reich, und meint, daß bei Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung auf sozialer Grundlage die nachweislichen Vorzüge der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung durch eine nach Betriebsarten spezialisierende Ausgestaltung des Instituts der staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamten doch aufrecht erhalten werden können. Hier scheint mir aber ein bedeutendes hygienisches Interesse in unzulässiger Weise dem Vereinfachungsgedanken geopfert zu werden. Machen wir uns zunächst klar, welche unheilvolle Rolle die Betriebsunfälle der Arbeiterschaft überhaupt (nicht nur der gewerblichen) in unserem Volksleben spielen. In den 14 Jahren von 1890 bis 1904 betrug die Zahl aller Verletzten, für welche Unfallanzeigen erstattet wurden,[1]) 5052410. Für die Anfangsjahre 1886 bis 1889 liegen keine Angaben vor. Nach mäßiger Schätzung mag man für sie 350000 Unfälle zuschlagen, so daß man auf rund 5,4 Millionen Verletzte in 18 Jahren kommt. Sie gingen fast alle durch die Krankenkassen, sei es in ambulanter Behandlung, sei es als Krankheitsfällen mit Erwerbsunfähigkeit.

Zur Entschädigung durch die Unfallversicherung gelangt nur ein Teil der Verletzten, im Laufe der 18 Jahre nämlich nur 1279902 Verletzte.[1]) Von diesen mehr als 1¼ Millionen Verletzten wurden getötet 114770[2]), waren dauernd teil-

---

[1]) Stat. Jahrb. 1905, S. 268 „Verletzte in versicherungspflichtigen Betrieben“, für welche bei entschädigungspflichtigen Unfällen Entschädigungen gezahlt sind.

[2]) Im Deutsch-Französischen Kriege 1870/71 betrug der Gesamtverlust der

weise erwerbsunfähig 645180 und vorübergehend erwerbsunfähig 485057 Verletzte. Der Bestand an Unfallrentnern betrug Ende 1903 etwa 700000 Personen auf damals rund 59 Millionen Einwohner, oder 1,2 Unfallrentner auf 100 Einwohner. Diesen großen Schäden entsprechen große Lasten der Berufsgenossenschaften und das Bestreben, die Geldlast zu vermindern, wird sich umsetzen in das Bestreben, Unfälle möglichst zu verhüten. Die Arbeit auf dem Felde der Unfallverhütung wird intensiver und erfolgreicher sein in den Händen der Berufsgenossenschaften, die sich durch intimste technische Kenntnis ihrer Betriebe auszeichnen und die durch das finanzielle Eigeninteresse immer wieder angespornt werden, neue Vorkehrungen gegen Unfälle zu treffen durch Erlaß von Vorschriften, Beaufsichtigung der Betriebe und Veranlassung neuer Erfindungen. Eine gleich hohe Prämie für alle Betriebe, wie sie Lohmar betriebs-kommunistisch vorschlägt, hat auch gegen sich, daß die Differenzierung der Unfallgefahr eine recht beträchtliche ist. Ich lasse die 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften bestehen und gebe ihnen einen Zentralausschuß, von dem gewisse Rechte auszuüben sind. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gliedere ich dem lokalen Unterbau der sozialen Versicherung, den ich „Versicherungsbezirkskasse" nenne, an. Von jeder Bezirkskasse lasse ich weiter mitverwalten je eine Genossenschaft der Dienstherrschaften, damit auch die Dienstboten gegen Unfall versichert werden. Der Herr Staatssekretär sagte in der bereits angeführten Rede ferner, es müsse eine Aufgabe der Zukunft sein, die drei großen Versicherungsgesellschaften in eine einheitliche Form zusammenzufassen; er glaube, daß die Entwicklung dahin gehen müsse, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schaffe, der die sozialpolitische Gesetzgebung innerhalb beschränkter Verwaltungsbezirke in erster Instanz auszuführen habe, der alle Anträge auf ihren sachlichen Inhalt prüft, die Einziehung der Beiträge leitet, die Rentenempfänger überwacht, das Heilverfahren anordne und die Zahlung der Renten veranlaßt. Eine der wichtigsten Fragen ist, für welchen Bezirk der lokale Unterbau gelten soll. Für die Abgrenzung des Bezirks hat Bödicker den Kreis, Hahn den Landgerichtsbezirk empfohlen. Ich würde die sogenannten größeren Verwaltungsbezirke, deren es 86 in Deutschland gibt, vorziehen. Die durchschnittliche Mitgliederzahl einer Versicherungsbezirkskasse wird außer von dem Umfange des Bezirks, von dem Kreis der in die Versicherung Einbezogenen abhängen. Man hat wiederholt ausgesprochen, die größte Bequemlichkeit und Vereinfachung der Verwaltung werde erreicht, wenn sich die Kreise der Unfallversicherten, der Krankheitsversicherten und der Alters- und Invalidenversicherten vollständig deckten. M. H. Das ist doch gar nicht möglich. Die Unfallversicherung gilt nur für Erwerbstätige. Diejenigen aber, welche bei ihrem Austritt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die Kranken- und Invaliditätsversicherung freiwillig fortsetzen, haben keinen Grund, der Unfallversicherung weiter anzugehören. Die beiden Kreise der Krankenversicherung und der Alters- und Invalidenversicherung zur vollständigen Gleichheit zu bringen, hat gar kein Bedenken; denn wer der Krankenversicherung bedürftig ist, ist auch der Alters- und Invalidenversicherung bedürftig. Wer unfallversichert ist mag auch kranken- und invalidenversichert sein. Dabei liegt aber eine Schwierigkeit vor, nämlich der Einspruch der Ärzteschaft gegen die Überschreitung der 2000 Mark-Lohngrenze. In die Unfallversicherung sind außer der Arbeiterschaft

---

Deutschen an Toten 40743; im Russisch-Japanischen der Verlust der Japaner an Toten 80378.

auch ein großer Teil der kleinen Unternehmer teils auf dem Wege der freiwilligen Versicherung, teils durch Statutenbestimmung obligatorisch als Versicherte einbezogen worden und zwar Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst 3000 Mark nicht übersteigt, aber auch Betriebsbeamte mit einem 3000 Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienst. Gegen die Krankenversicherung dieser erhebt nun die Ärzteschaft Einspruch.

Der Einwand der Ärzteschaft läßt sich bei einem System der Pauschalierung des Honorars dadurch beseitigen, daß bei der Bestimmung des Pauschales für die gesamten ärztlichen Leistungen nicht die Kopfzahl der Mitglieder der Bezirkskasse das einzig maßgebende ist, sondern das Pauschale nach einer Formel bestimmt wird, in welche auch der Arbeitsverdienst der Versicherten als bestimmender Faktor eintritt. Eine solche Formel, geltend für die ärztliche Tätigkeit für die einheitlich organisierte Versicherung überhaupt, im besonderen bei der Krankenversicherung auch einschließlich der Familienbehandlung, könnte z. B. die Form haben, 4 Mark pro Kopf jedes Mitgliedes und 4 Mark pro Mille des Lohnfonds der Gesamtheit aller Mitglieder; sie wäre auch leicht anzuwenden, da man sowohl die Mitgliederzahl als auch die Gesamthöhe des Arbeitseinkommens aller Versicherten durch die nach Lohnprozenten bezahlten Versicherungsbeiträge kennt. Ich rechne neben 19,6 Millionen Familienangehörige auf 20 Millionen Versicherte mit einem Lohnfonds von 14 Milliarden Mark. Hiernach würde die Ärzteschaft aus der gesamten sozialen Versicherung ein Einkommen von 136 Millionen Mark jährlich ziehen. Bei meiner Formel 4 Mark pro Kopf und 4 Mark pro Mille des Arbeitsverdienstes können sowohl die Ärzte als auch die soziale Versicherung bestehen. Die Beiträge lasse ich zahlen: halb und halb von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bei der industriellen und land- und forstwirtschaftlichen Arbeiterschaft, halb und halb von den Dienstboten und den Dienstherren, ganz von den freiwilligen Mitgliedern. Ganz lege ich die Beiträge dem Arbeitgeber auf für die Arbeiterschaft besonders krankheitsgefährdeter Betriebe, für welche jetzt der Zwang zur Errichtung einer Fabrikkrankenkasse besteht; diese lasse ich außerdem eine besondere Gefahrengemeinschaft bilden. Ganz lege ich die Beiträge ferner auf den Arbeitgebern für die Heimarbeiter und Hausgewerbetreibenden, und lasse auch diese Gruppe eine besondere Gefahrengemeinschaft bilden. Der Vorstand möge, abgesehen von seinem Vorsitzenden, aus 48 Personen, davon 24 Arbeitnehmern und 15 Arbeitgebern bestehen. Dazu mögen kommen: 2 Vertreter der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, nämlich ein Arzt und ein Geschäftsführer, und als Vertreter oer Unfallversicherung 2 von dem zentralen Ausschuß der Berufsgenossenschaften Gewählte, nämlich ein Arzt und ein Geschäftsführer; dazu kommen je 1 Vertreter der Ärztekammer, der Handelskammer und der Handwerkskammer, 1 Vertreter der Gewerbeaufsicht und 1 Vertreter der Städte und Gemeinden des Bezirks. Diese 48 Vorstandsmitglieder wählen als 49. einen Vorsitzenden, dessen Wahl der staatlichen Bestätigung unterliegt. Als Ersatz der Auslagen wird ein jährliches Pauschale von 300 Mark gewährt. Somit beziehen die 48 Vorstandsmitglieder doch immer erst ein Entgelt von 14400 Mark. Der Vorsitzende wird berufsmäßig seine ganze Tätigkeit seiner Stellung widmen und demgemäß entsprechendes festes Gehalt beziehen müssen. Oben war gesagt, daß die Behandlung der verschiedenen Versicherungszweige in eine Hand gelegt werden müsse. Nach den eben gegebenen Darlegungen ist es möglich, nur abgesehen von denjenigen Fällen, welche über das Schiedsgericht gehen, alle Entschädigungsfälle und alle

verschiedene Arten der Versicherungszweige nicht nur zum vorläufigen Bescheide, sondern zur endgültigen Entscheidung in der Bezirkskasse zu bringen; nur mit ihr hat der Versicherte, sei er krank, unfallverletzt, invalide, Witwe, Waise geworden, zu tun, wieder abgesehen von den an das Schiedsgericht gebrachten Fällen. Trotzdem ist die Bezirkskasse endgültig belastet nur mit der erweiterten Krankenversicherung. Die Last für die Vollinvalidenrenten, das Sterbegeld, Alters-, Witwen- und Waisenrente wird ganz von der Gemeinsamkeit aller 86 Betriebskassen unter Vermittlung der zentralen Rechnungsstelle getragen. Alle Unfallfolgen, d. h. Krankheitsbehandlung, Heilbehandlung zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Unfallrenten, Unfallsterbegelder, Unfall-Witwen- und -Waisenrenten werden ganz von den betreffenden Berufsgenossenschaften getragen. Selbstverständlich fließen ihnen die entsprechenden eingesammelten Beiträge zu. Bis hierher hat sich uns folgendes Organisationsbild ergeben: Die ganze Mitgliederschaft eingereiht in 86 Bezirkskassen; für Streitfälle 86 Schiedsgerichte; als höchste Instanz für die Streitfälle das Reichsversicherungsamt. Von den 86 Bezirkskassen fließen die Unfallversicherungseinnahmen den verschiedenen Berufsgenossenschaften zu. Die bestehenden 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften bestehen weiter. Die 48 bestehenden landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften werden aufgelöst und von jeder der 86 Bezirkskassen eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft mitverwaltet; ebenso werden mitverwaltet von ihr eine Berufsgenosenschaft der Dienstherrschaften und etwaige Berufsgenossenschaften solcher vom Bundesrat bestimmten Gewerbe und Berufe, die wegen der Kleinheit und der territorialen Zerstreuung ihrer Betriebe sich schwer zentral verwalten lassen. Von allen Berufsgenossenschaften wird ein Zentralausschuß mit ständigem Bureau und Rechnungsstelle gebildet. Diesem Ausschuß liegt ob: die Ernennung von 2 Vorstandsmitgliedern bei jeder Bezirkskasse zur Wahrnehmung der berufsgenossenschaftlichen Interessen; die Verwaltung der berufsgenossenschaftlichen Zentralrechnungsstelle; die Ernennung von Revisoren der Buch- und Kassenführung der Bezirkskassen; die Einberufung von Genossenschaftstagen der verschiedenen Berufsgenossenschaften, der gewerblichen, der landwirtschaftlichen, oder dienstherrschaftlichen usw. Die Rechnungsstelle bei dem Reichsversicherungsamt, die jetzt die Verteilung von Gemein- und Sondervermögen der Versicherungsanstalten herbeiführt, übernimmt die erweiterte Aufgabe der Ausgleichsrechnungen zwischen den 86 Bezirkskassen hinsichtlich der Invalidenrenten, Altersrenten, Sterbegelder und Witwen- und Waisenrenten.

Als dritte Zentralorganisation sehe ich einen ständigen Ausschuß der Bezirkskassen und die Einberufung von Bezirkskassentagen vor, nicht nur zum Austausch von Erfahrungen und zur Weiter- und Durchbildung der Einrichtungen der Bezirkskassen, sondern auch zur Wahrnehmung sehr realer gemeinsamer Interessen. Während jetzt nur am Sitz der Krankenkasse ein Vertrauensarzt als Oberarzt wirkt, nehme ich außer diesem Vertrauensoberarzt mehrere Vertrauensärzte in den verschiedenen Kreisen und Städten des Regierungsbezirks an. Diesen Vertrauensärzten sind außer den Krankenbesuchern auch die Krankenschwestern, Gemeindeschwestern, Krankenkostküchen, Desinfektoren, kurz der vorhandene hygienische Personalapparat, unterstellt.

Zeitschriftenübersicht.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 9: Eisenstadt, Selbstverwaltung und Gutachterkommissionen in der Arbeiterversicherung. — Nr. 10: Tetzner, Ist Morbus Basedowii, auf dem Boden einer Unfallhysterie entstanden, als Unfallfolge zu betrachten? — Nr. 11: E. Joseph, Zur Frage der Kommunalisierung des Rettungswesens. — Nr. 12: Herzfeld, Rheumatische Erkrankungen der Eisenbahnbediensteten.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 18 u. 19: v. Golz, Die Einleitung des Heilverfahrens bei Versicherten, seine Grundprinzipien und Ergebnisse. — Nr. 20: E. Angéron, Über chronische Magenleiden als Berufskrankheiten und die Errichtung von Magenheilstätten. — Nr. 21: H. Brat, Berufskrankheit und Unfall. — Nr. 22: M. Cohn, Schule und Volksgesundheit. — Nr. 23: K. Hundeshagen, Zur Reformbedürftigkeit der Arbeiterversicherung, insbesondere der Invaliditätsversicherung. — Nr. 24: R. Lennhoff, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung. — Nr. 25: R. Lennhoff, Unfall und Invaliditätsbegutachtung; S. Rosenfeld, Zur Hygiene der Krankenkassen.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 15: E. Metschnikoff, Über Syphilisprophylaxe; H. Sarafidi, Die Kurpfuscherei in Rumänien; M. Neumann, Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Wernicke: Die gegenwärtige Entwicklung des Volksnervenheilstättenwesens in Deutschland in Nr. 11 dieses Blattes. — Nr. 17: H. Gerhartz, Städtische Auskunftsstellen für den öffentlichen Rettungsdienst. — Nr. 19: E. Kurz, Soziale Hygiene. — Nr. 20: E. Kurz, Soziale Hygiene; B. Laquer, Über die Aufgaben der Vereinigung gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 3: H. Westergaard, Zur Bevölkerungsfrage in der Neuzeit; P. Näcke, Zur angeblichen Entartung der romanischen Völker, speziell Frankreichs.

Politisch-Anthropologische Revue. 1906. Nr. 1: L. Woltmann, Begriff und Aufgaben der Soziologie; G. Lomer, Die Beziehungen von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse; L. Wilser, Züchtungsstaat und Züchtungspolitik. — Nr. 2: P. Näcke, Zur Methodik der folklorististischen Forschung. — Nr. 3: H. Fehlinger, Untersuchungen über die körperliche Entartung des britischen Volkes; K. Schmidh, Gedanken zur Sexualpolitik; Mensinga, Männliche und weibliche Geschlechtsleistung.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 11: W. Kühn, Binden und Bandagen früherer Jahrhunderte.

Deutsche Krankenkassen Zeitung. 1906. Nr. 13: Die Verschickung Lungenkranker nach Südafrika. — Nr. 14: Keine Verjährung der Unfallrentenansprüche. — Nr. 15: Eine erneute Absage an die „Gesellschaft für Arbeiterversicherung“. — Nr. 16: Brauchen wir „geprüfte“ Kassenbeamte? — Nr. 17 J. Fräßdorf, Zur Frage der Prüfung von Kassenbeamten.

Die Arbeiter-Versorgung. 1906. Nr. 13: Die Erteilung der Vollstreckungsklausel bei Ausstandsverzeichnissen der Berufsgenossenschaften in Bayern; Das Recht der Frau aus § 42 des I.V.G. — Nr. 14: Unfallrente und Haftpflichtrecht; F. Kleeis, Die Handhabung des § 34 I.V.G. im Einzugsverfahren. — Nr. 15: Hahn, Zum Verhältnis gleichzeitiger Ansprüche des Verletzten gegen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse; G. Israel, Zur Änderung der Arbeiterversicherungsgesetze. — Nr. 16: C. Leicht, Das Einzugsverfahren bei der Thüringi-

schen Landesversicherungsanstalt; M. Wagner, Die Versicherung der Privatbeamten in Österreich. — Nr. 17: Hahn, Können Streitigkeiten zwischen Ortskrankenkassen über den Beschäftigungsort nach § 57 b K.V.G. entschieden werden? H. Korkisch, Das österreichische Programm für die Reform der Arbeiterversicherung.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 9: Fuld, Das Hilfskassengesetz; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 10: Olshausen, Nochmals der Anspruch auf Erstattung der Kosten des Heilverfahrens; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 11: H. Fehlinger, Fortschritte der Arbeitslosenversicherung im Auslande; G. Hoch, Die Krankenversicherung im Jahre 1903. — Nr. 12: Besser, Das Einzugsverfahren im Königreich Sachsen; F. Kleeis, Die Krankenversicherung im Königreich Sachsen im Jahre 1905.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 20: B. Adelung, Landeswohnungsinspektion in Hessen. — Nr. 22: Heyden, Aus den Berichten der Arbeitersekretariate.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 1: A. Weber, Die moderne Großstadt als soziales und kulturelles Problem. — Nr. 3: J. Weydmann, Systematische Reform einer städtischen Armenpflege. — Nr. 5: F. Imle, Die Bedeutung der hauswirtschaftlichen Ausbildung der Arbeiterfrauen für die Arbeiterbewegung. — Nr. 6: M. Pützkaul, Die letzte Fleischteuerung, ihre Ursachen und Mittel zur Abhilfe.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 1: Windelband, Über Norm und Normalitäten; Hopff, Der Mädchenhandel, insbesondere in seinen Beziehungen zu Deutschland; Zinßer, Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Köln. — Nr. 2: Longard, Die geminderte Zurechnungsfähigkeit. — Nr. 3: Wilmanns, Heimweh oder impulsives Irre sein.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Volkswohlfahrt und Volksgeselligkeit nach den Erfahrungen des Dresdener Vereins Volkswohl. Hrsg. vom Verein Volkswohl. Dresden 1906. O. V. Böhmert (2,00 M.). — Handbuch für Wohltätigkeit und Wohlfahrtspflege in Dresden. Hrsg. von der Böhmertschen Volkswohlstiftung. Dresden 1906. O. V. Böhmert (3,00 M.). — VII. Bericht des Landes-Samariter-Verbandes für das Königreich Sachsen 1902—1905. — Erster Bericht des Vereins für Krankenfürsorgestellen und Walderholungsstätten 1904 u. 1905. München. — Bericht der Kommission für Arbeiterhygiene und -statistik der Abteilung für freie Arztwahl 1904—1906. Hrsg. von Dr. M. Epstein. München. Seitz u. Schauer. — J. B. Cathomas, Die Hygiene des Magens. St. Gallen 1906. Scheitlin (L. Kirschner-Engler) (1,20 M.). — A. Burkhardt, Über Häufigkeit und Ursache menschlicher Tuberkulose auf Grund von ca. 1400 Sektionen. Sonderabdr. aus Ztschr. f. Hyg. u. Infekt. XXXV. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel“, der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 1. Oktober 1906.

Die Soziale Medizin ist auf den Kongressen[1]) und Tagungen, die der Sommer so zahlreich mit sich führte, nicht leer ausgegangen. Besonders häufig und wohlwollend wurde ihrer auf dem Deutschen Ärztetag, der am 22. u. 23. Juni in Halle a. S. stattfand, gedacht. Erfreulicherweise geht aus den Verhandlungsberichten hervor, daß die Redner, die den Ausdruck „Soziale Medizin“ brauchten, ihn nicht mehr, wie es früher häufig geschah, als synonym für „Standesangelegenheiten“ anwandten. Demnach scheinen auch die weiteren ärztlichen Kreise endlich der Sozialen Medizin einen objektiven, von dem doch höchst subjektiven Interessenstandpunkt des ärztlichen Standes unabhängigen Charakter beizumessen. Hoffen wir, daß sich nun auch in Zukunft mehr Ärzte in den Dienst dieser objektiven sozialmedizinischen Betätigung stellen. Die moderne Entwicklung sowohl des ärztlichen Standes wie der Sozialpolitik im allgemeinen machen den Ärzten eine derartige Betätigung zur Pflicht, damit ein Äquivalent geschaffen werde für den selbstlosen und barmherzigen Dienst an unbemittelten Kranken, der den alten Ärzten als officium nobile galt, für unsere Generation aber obsolet geworden ist.

Auch die Jahresversammlung des Zentralverbandes der deutschen Ortskrankenkassen hat am 20. August in Düsseldorf einen Beschluß gezeitigt, der im Hinblick auf die bevorstehende Reform der Versicherungsgesetzgebung von Bedeutung sein könnte. Die Versammlung faßte nämlich eine Resolution, daß sie zwar nach wie

[1]) Ueber die Verhandlungen des Internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten in Mailand siehe ausführlichen Bericht in diesem Heft.

vor gemäß der Forderung des Leipziger Krankenkassenkongresses vom 25. Januar 1904 für geboten erachte, daß die Ärzte zur ärztlichen Hilfeleistung verpflichtet werden müssen, fügte aber dieser Resolution folgende wichtige Erklärung bei: „Da jedoch von der großen Majorität der Ärzteschaft die Forderung auf Kurierzwang für Kassenkranke als Eingriff in die Gewerbefreiheit bekämpft wird, erklärt die Jahresversammlung der Ortskrankenkassen es als Konsequenz der Ablehnung des Kurierzwanges, daß bei einer Neuordnung des Arbeiterversicherungswesens die Organe der Krankenversicherung von der Gewährung freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei entbunden werden. Diese früher bei den Hilfskassen bestehende Regelung hat sich bei diesen bewährt. Die für die Krankenversicherung erforderliche Aufsicht ist durch Ausbau des Institutes der Vertrauensärzte und durchgreifende Krankenkontrolle durchzuführen. Die von der Ärzteschaft verlangte freie Arztwahl kommt in vollendeter Form zur Durchführung, die Differenzen zwischen den Kassen, Ärzten und Aufsichtsbehörden verlieren ihre Unterlage.“ Diese Erklärung ist insofern von einer außerordentlichen Tragweite, als sie zeigt, daß den Krankenkassen die gesetzliche Gewährung von Arznei und Arzt nicht so am Herzen liegt, als man bisher geglaubt hatte und man bei einer Reform des Krankenversicherungsgesetzes die jetzt bestehende Verschwendung von Arzneimitteln und ärztlicher Betätigung in Einverständnis mit den Kassen zu beseitigen vermag. Würde man die Gewährung von ärztlicher Hilfe bei Bagatellsachen und den freien Bezug für Arzneimittel den Kassen nur als fakultative Leistung auferlegen und ihnen zugleich zur Pflicht machen, bei Gewährung der ärztlichen Hilfe sich des Systems der freien Arztwahl zu bedienen, so würde man in der Tat mit einem Schlage den weder historisch noch sachlich gerechtfertigten, beide Teile maßlos erbitternden Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen beseitigen und endlich die ersehnte Möglichkeit schaffen, die beiden kriegführenden Teile zu einem gemeinsamen Vorgehen in der Behandlung sozialmedizinischer und sozialhygienischer Aufgaben zu vereinigen. Auch eine finanzielle Sanierung der Krankenkassen würde der Verzicht auf die uferlose Gewährung von Arzt und Arzneimittel mit sich führen, so daß auch die Familienversicherung auf gesetzlicher Grundlage und obligatorisch durchgeführt werden könnte.

Vom 10.—15. September tagten in Berlin gleichzeitig die internationalen Kongresse für Versicherungswissenschaft und Versicherungsmedizin. Da Deutschland zwar auf dem Gebiete des

sozialen Versicherungswesens führend ist, das private Versicherungswesen aber die Domäne der Länder angelsächsischer Zunge bildet, mußte es als ein Wagnis erscheinen, internationale Kongresse, auf denen eben diese private Versicherung in erster Linie zur Verhandlung stand, in Berlin abzuhalten. Daß dieses Wagnis so glücklich gelungen ist, dürfte vornehmlich den großen Anstrengungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft und der Rührigkeit seines Generalsekretärs A. Manes zu verdanken sein. Der Kongreß für Versicherungsmedizin erreichte den Höhepunkt seiner Bedeutung am ersten Sitzungstage, als die Vorträge von F. Martius, A. Gottstein und G. Florschütz, die das Vorhandensein einer Veranlagung zur Tuberkulose zum Gegenstand hatten, harmonisch zusammenklangen zu einem energischen Protest gegen die heute noch beliebte Vernachlässigung der konstituionellen Anlage als bestimmenden Faktor in der Ätiologie der Lungentuberkulose und der Infektionskrankheiten überhaupt. Die Versicherungsärzte haben sich ja selbst in der Zeit der ausschließlichen Herrschaft der — wie Martius es einmal genannt hat — orthodoxen Bakteriologie nicht davon abhalten lassen, die Körperkonstitution als den wichtigsten Anhaltspunkt für die Beurteilung der menschlichen Lebensdauer und der Widerstandsfähigkeit gegenüber konsumptiven Krankheiten wie Lungentuberkulose anzusehen. Es wird von weittragender Bedeutung auch für die allgemeine Pathologie sein, daß in den oben erwähnten drei Vorträgen dieser Standpunkt so präzise zu einer Zeit zur Geltung kam, in der man sich von allen Seiten rüstet, in der Pathologie und in der Hygiene die Prätentionen der Bakteriologen auf das sachlich zu verantwortende Maß zurückzuführen. Aber auch die Soziale Medizin hat ein Interesse daran, daß die medizinische Wissenschaft sich dem Konstitutionsbegriff wieder mit erhöhtem Eifer zuwendet, da der Einfluß des sozialen Milieus aus dem Ursachenkomplex der Krankheiten nur dann mit einiger Sicherheit herausgeschält werden kann, wenn die Variabilität der Körperkonstitution bekannt ist. Auch pflegen ungünstige soziale Verhältnisse in der Regel erst auf indirektem Wege verhängnisvoll zu wirken, indem sie nämlich durch das Medium der Untergrabung der Körperkonstitution zur Geltung kommen. Von umfassenden Untersuchungen über Entstehung, Veränderung und Vererbung der Konstitution werden daher die jungen, noch tastenden Disziplinen der Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene den größten Nutzen ziehen. Die beachtenswerte Kundgebung zugunsten einer Konstitutionspathologie, die die

oben erwähnten drei Vorträge darstellen, wird hoffentlich zu solchen Untersuchungen anregen. Die folgenden Verhandlungen des Kongresses für Versicherungsmedizin erhoben sich zwar nicht mehr zu einer ähnlichen prinzipiellen Höhe, boten aber besonders auf kasuistischem Gebiete viel Interessantes. Ein eigenartiges Gepräge erwuchs diesen Verhandlungen dadurch, daß sie deutlich machten, wie sehr und zugleich wie günstig die soziale Versicherungsgesetzgebung die versicherungsärztliche Praxis auch des privaten Versicherungswesens beeinflußt hat.

Auf Veranlassung des Reichsamts des Innern werden noch im Laufe dieses Jahres bei allen preußischen Truppenteilen Erhebungen veranstaltet über den Einfluß, den Herkunft und Beschäftigung der Militärpflichtigen auf die Militärtauglichkeit ausüben. Die Erhebung erfolgt mit Hilfe einer Zählkarte, die für sämtliche Unteroffiziere und Mannschaften des aktiven Dienststandes nach dem Stand des 1. Dezember d. J. auszufüllen ist. Außer Vor- und Zunamen, Dienstgrad, Geburtsort, Stand oder Gewerbe des Militärpflichtigen wird dessen Größe, Brustmaß und Gewicht sowie Stand und Geburtsort des Vaters und der Geburtsort der Mutter festgestellt. Die Soziale Hygiene ist an einer Ausgestaltung der Tauglichkeitsstatistik erheblich interessiert. Denn diese ließe sich, da sie alljährlich ein stets der Beobachtung wieder zugängliches Bevölkerungssegment umfaßt, ohne große Schwierigkeiten zu einer Art physiologischem Kataster der heranwachsenden männlichen Jugend und Barometer der Volksgesundheit ausgestalten. Nur wäre vom sozialhygienischen Standpunkte wünschenswert, daß auch die als untauglich zurückgestellten Musterungspflichtigen in die statistische Aufnahme einbegriffen würden, damit wir fortlaufend über Ursachen der Untauglichkeit und ihre geographische Verschiedenheit unterrichtet würden. Billigerweise kann eine derartige vermehrte Arbeitsleistung den bei der Aushebung beschäftigten Militärärzten, an deren Arbeitskraft schon jetzt das Musterungsgeschäft die größten Anforderungen stellt, nicht zugemutet werden. Es würde sich daher empfehlen, ähnlich wie bei der Volkszählung den aushebenden Militärärzten freiwillige oder amtlich bestellte Helfer (Ärzte des Aushebungsbezirkes, Kreisärzte, Kreisassistenzärzte usw.) beizugesellen. Hygiene, Statistik, Anthropologie und Kriegswissenschaft haben jedenfalls ein gleich großes Interesse daran, daß die Tauglichkeitsstatistik aus ihrem gegenwärtig unbrauchbaren Zustande emporgehoben und sowohl in der Art ihrer Erhebung wie der ihrer Ver-

arbeitung zu einem brauchbaren wissenschaftlichen Hilfsmittel ausgestaltet wird. Das oben erwähnte Vorgehen des Reichsamtes des Innern ist jedenfalls ein vielversprechender Schritt auf dem Wege zu diesem Ziel.

Am 11. September starb in Breslau Hermann Cohn, der Hygieniker unter den Augenärzten, im 67. Lebensjahre. Die meisten und besten der 260 Publikationen des Unermüdlichen sind der Hygiene des Auges gewidmet. Vom Standpunkte der Sozialen Hygiene hat H. Cohn die besondere Bedeutung, daß er zuerst Massenuntersuchungen im großen und größten Stile vornahm und damit eine fruchtbare Methode lehrte, um die sozialen Zustände in die Ätiologie krankhafter Erscheinungen einzubeziehen. Klassisch hierfür sind seine „Untersuchungen der Augen von 10060 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der den Augen nachteiligen Schuleinrichtungen“ aus dem Jahre 1867. Derartige Massenuntersuchungen sind von ihm, seinen Schülern und Nachahmern später noch häufig angestellt werden. Sie sind es, die H. Cohn nicht nur eine bedeutende Stellung in der Augenhygiene des 19. Jahrhunderts, sondern auch in der allgemeinen Sozialen Hygiene sichern.

A. Grotjahn.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905

unter Berücksichtigung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900.

Von Dr. Franz Nesemann,
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

(Schluß.)

Wenn es sich um einen erwachsenen an Diphtherie oder Scharlach oder einer anderen übertragbaren (preuß. Ges.) oder gemeingefährlichen (Reichsges.) Krankheit leidenden Kranken handelt. so kann seine Unterbringung in ein Krankenhaus usw. angeordnet werden, falls (Reichsges. § 14 und preuß. Ges. § 8) in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen werden und der beamtete Arzt es für unerläßlich erklärt. Doch auch hier hat eine Mitwirkung des behandelnden Arztes stattzufinden, da die Überführung des Kranken nur stattfinden darf, sobald er sie ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält.

In welcher Weise die Absonderung zu geschehen hat, ist in § 14 Abs. 2. des Reichsges. näher angegeben.

Kenntlichmachung der Wohnungen und Häuser.

Von weiteren Maßnahmen kann ferner zur Anwendung kommen Kenntlichmachung der Wohnungen und Häuser, in welchen Kranke sich befinden, bei Unterleibstyphus und Rückfallfieber. Diese Maßregel, welche auch mit Bezug auf die gemeingefährlichen Krankheiten (Reichsges. § 14 Abs. 4) zur Anwendung kommen kann und schon in dem Regulativ vom 8. August 1835 vorgesehen war, wird naturgemäß in ländlichen Verhältnissen leichter anwendbar und wirksamer sein als in großstädtischen. Verkehrsbeschränkungen

können für das berufsmäßige Pflegepersonal bei Diphtherie, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus angeordnet werden, weil, wie in den Motiven ausgeführt wird, die Pflegepersonen in besonders häufige und nahe Berührung mit den Absonderungen der Kranken und den darin enthaltenen Krankheitskeimen kommen und erfahrungsgemäß sehr häufig selbst von der Krankheit ergriffen werden, wenn sie es an der erforderlichen Vorsicht fehlen lassen. Die Möglichkeit einer Verschleppung der Krankheit durch sie liegt ganz besonders dann vor, wenn sie bereits infiziert, aber noch nicht bettlägerig krank sind und in ihrer Berufstätigkeit möglicherweise von Haus zu Haus gehen (Gemeindeschwestern usw.). Wie weitgehend die Verkehrsbeschränkungen, deren Art in Ziffer V der Ausführungsbestimmungen zu § 8 angegeben wird, zu sein haben werden, bleibt dem Ermessen der Polizeibehörde überlassen und kann von Fall zu Fall, aber auch generell bestimmt werden.

Die Sonderbestimmung über die Beschränkung der Tätigkeit der Hebammen und Wochenpflegerinnen entspricht nur den heutigen Anschauungen über die Wege, auf welchen das Wochenbettfieber übertragen wird, und enthält mit Bezug auf die für die Hebammen schon früher geltenden Bestimmungen (s. § 59 der Dienstanweisung f. d. Kreisärzte vom 23. März 1901, M.Bl. f. Med. Ang. S. 2) nichts wesentlich Neues. Daß die Maßregeln auch auf die Wochenpflegerinnen ausgedehnt werden können, wird wohl jeder in der Praxis stehende Arzt billigen. Die Mitwirkung der Ärzte wird nun hierbei in ganz besonderem Maße in Anspruch genommen, da sie nach § 8 Abs. 1 Ziffer 3 Abs. 2 in jedem Falle, in welchem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei derselben tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen haben.

Nach der gesetzlichen Bestimmung ist der Arzt nur verpflichtet, die Hebamme von einer Erkrankung an Kindbettfieber, d. h. einer Erkrankung im Wochenbett (auch nach Abort), welche er als Kindbettfieber ansieht, in Kenntnis zu setzen; eine gesetzliche Verpflichtung, der Hebamme auch in dem Falle Mitteilung zu machen, daß er die Erkrankung vorläufig nur als verdächtig mit Bezug auf Wochenbettfieber ansieht, besteht dagegen für ihn ebensowenig als eine solche, einen nur verdächtigen Krankheitsfall der Ortspolizeibehörde zu melden. Nun hat Poten[1]) wohl

[1]) Die Anzeigepflicht bei Kindbettfieber. Von W. Poten, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Hannover. Deutsche medizinische Wochenschrift 1906, Nr. 22, S. 881 ff.

recht, wenn er meint, bei Kindbettfieber handele es sich weder um einen bestimmten pathologischen Begriff noch um einen ätiologisch auf einen und denselben Infektionserreger zurückzuführenden Zustand, der Name Kindbettfieber sei ein Sammelname für eine ganze Reihe in ihren Ursachen sehr verschiedener und in ihren Erscheinungen außerordentlich wechselnder Vorgänge. Es hänge daher in weiten Grenzen von dem persönlichen Ermessen des anzeigepflichtigen Arztes ab, ob er in einem gegebenen Falle die Krankheit wirklich als Kindbettfieber anzeigen will oder nicht.

Desto größer ist aber auch die Verantwortung, die im gegebenen Falle mit Rücksicht auf das öffentliche Wohl und Wehe auf ihm lastet. Für das Handeln des Arztes dürfte es sich doch im gegebenen Falle nicht um Entscheidung doktrinärer Fragen, sondern allein nur darum handeln, ob nach seiner Ansicht die Wöchnerin an einer durch die Hebamme auf andere sich ihr anvertrauende Frauen übertragbaren Wochenbetterkrankung leidet oder nicht. Ist er der Ansicht, daß eine übertragbare Wochenbetterkrankung vorliegt, so dürfte er auch die moralische Verpflichtung haben, der Hebamme Mitteilung hiervon zu machen, wenn er auch noch nicht eine sichere Diagnose auf Kindbettfieber stellen zu können vermeint. Dadurch gewährt er der gewissenhaften Hebamme die Möglichkeit, sich von der Erkrankten rechtzeitig zurückzuziehen bzw. sich von dem Kreisarzt weitere Verhaltungsmaßregeln einzuholen.

Sollte aber der behandelnde Arzt befürchten, durch seine Mitteilung an die Hebamme dem Kreisarzt, der ja vorschriftsgemäß durch die Hebamme Kenntnis von dem verdächtigen Fall erhält, Veranlassung zu geben, daß dieser etwa in der Familie der Wöchnerin Ermittlungen vornimmt und dadurch vorzeitige Aufregung veranlaßt, so wird er dieses sicher verhindern, wenn er sich mit dem Kreisarzt in Verbindung setzt, ihn über die Sachlage aufklärt und ihn ersucht bis zur Klarstellung des Falls von weiteren Ermittlungen Abstand zu nehmen.[1])

[1]) Zu einer Befürchtung, daß der Kreisarzt etwa sich zu der Wöchnerin begibt und durch eigene Untersuchung derselben die Diagnose zu sichern sucht, wie sie Poten (l. c.) äußert, liegt kein Grund vor. Es ist gar kein Anlaß für den Kreisarzt vorhanden und auch nicht seine Aufgabe, die Wöchnerin zu untersuchen, es ist für sein Handeln genügend, wenn er Kenntnis hat, daß der Fall verdächtig ist, da ihm dadurch die Möglichkeit gegeben wird, dieselben Vorsichtsmaßregeln zu treffen, als wenn ein zweifelloser Fall von Kindbettfieber vorliege.

Beschränkungen des Gewerbebetriebes.

„Beschränkungen des Gewerbebetriebes (§ 15 Nr. 1 u. 2 des Reichsgesetzes) können", so heißt es in den Motiven zu dem Gesetzentwurf, „erforderlich werden, wenn der Kranke sich in einer Wohnung befindet, welche in unmittelbarer Verbindung mit Räumen steht, in denen solche Nahrungsmittel und Gebrauchsgegenstände hergestellt, aufbewahrt und vertrieben werden, welche die Krankheitskeime leicht aufnehmen und die Verbreitung der Krankheit besonders begünstigen. Als hierher gehörige Krankheiten kommen in Betracht: Diphtherie und Scharlach (Vorkosthandlungen, Molkereien, Milchhandlungen u. dgl.), Typhus (Molkereien, Milchhandlungen), Milzbrand (Schlächtereien, Abdeckereien, Gerbereien, Roßhaarspinnereien, Wollsortierereien, Lumpenhandlungen, Papierfabriken)."

Die Beschränkungen der gewerblichen Tätigkeit sind bei den genannten Krankheiten nur in Ortschaften zulässig, die von ihnen befallen sind, während sie bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes schon anwendbar sind, wenn die Ortschaften nur von solchen bedroht sind. Ein Verbot oder die Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen kann bei Rückfallfieber, Ruhr und Typhus erfolgen (s. Ausführungsbest. zu § 8 Abs. 3, Ziffer VII).

Fernhaltung vom Schulbesuch.

Fernhaltung vom Schul- und Unterrichtsbesuche anzuordnen ist außer bei den gemeingefährlichen Krankheiten (Reichsgesetz) bei Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus zulässig.

Ausdrücklich wird aber in den Motiven zu dieser Bestimmung des Gesetzes hervorgehoben, daß das Recht der Schulverwaltung, behufs Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen ihr geeignet erscheinende Anordnungen zu treffen durch die Bestimmung des Gesetzentwurfs, welcher es nur mit Maßnahmen polizeilichen Charakters zu tun habe, nicht berührt werde. Damit bleiben also die Bestimmungen des Ministerialerlasses vom 14. Juli 1884 betr. die Schließung der Schulen bei auftretenden Krankheiten sowie die Anweisung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen (Min.Bl. f. d. innere Verwaltung in Kraft, S. 198).

Verbot oder Beschränkung öffentlicher Einrichtungen

Es kann ferner ein Verbot oder eine Beschränkung der Benutzung gewisser der Seuchenverbreitung förderlicher Einrichtungen in Betracht kommen, so bei Ruhr und Typhus wie auch bei Cholera von Brunnen, Wasserleitungen, öffentlichen Bädern, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten.

Räumung von Wohnungen und Gebäuden.

Eine Räumung von Wohnungen und Gebäuden, wie sie bei den gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsgesetzes anwendbar ist, darf auch bei Rückfallfieber, Ruhr und Typhus in Anwendung kommen, dürfte aber nur in sehr seltenen Fällen notwendig sein.

Desinfektion kann angeordnet werden bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Todesfällen an Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Unterleibstyphus, Milzbrand und Rotz. Worauf sie sich zu erstrecken hat, wird in § 13 des Reichsgesetzes gesagt. Die Behörde kann die Desinfektion in jedem einzelnen Falle anordnen oder generelle Desinfektionsvorschriften erlassen.

Die Mittel, welche für die Desinfektion in Anwendung kommen, sind in der Desinfektionsanweisung (Anlage 5 der Ausführungsbestimmungen) angegeben.

Da gerade mit Bezug auf die Desinfektionsanweisung weitgehende Änderungen in Aussicht stehen, kann hier nicht näher auf die einzelnen Bestimmungen der Anweisung eingegangen werden.

Desinfektion.

Im allgemeinen hat eine Desinfektion, wie jeder Arzt ja weiß, nicht erst dann zu erfolgen, wenn der Kranke genesen oder gestorben ist, sondern hat schon während der Krankheit einzusetzen. „Die Rachenbeläge, der Auswurf, die Gurgelwässer,“ heißt es in den Motiven zu dem Gesetzentwurf, „der Nasenschleim der an Diphtherie und Scharlach (auch Genickstarre d. N.) Erkrankten, der Wochenfluß bei Kindbettfieber, der eitrige Bindehautschleim bei Körnerkrankheit, die blutigen Stuhlgänge bei Ruhr, der Auswurf und zuweilen die Stuhlentleerungen bei Tuberkulose, der Urin, das Wasch- und Badewasser bei Typhus, sowie der Auswurf, Nasenschleim und Eiter bei Milzbrand und Rotz sind in hohem Grade gefährlich und geeignet, die Krankheit auf die Familienangehörigen, Pfleger und Besucher des Kranken zu übertragen. Ebenso gefährlich sind die Leib- und Bettwäsche, die Taschentücher, Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände, welche während des Krankenlagers zur Verwendung kommen.“ In der Anordnung und Überwachung einer geeigneten Desinfektion *während* der Krankheit liegt eine überaus wichtige Aufgabe zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten in der Hand des behandelnden Arztes. Gerade hier ist seine Mitwirkung geradezu unerläßlich und es bietet sich ihm ein dankbares Feld der Tätigkeit im Interesse des allgemeinen Wohles.

Die zweckmäßigste Art der häuslichen Desinfektion bei den einzelnen Krankheiten dürfte in den demnächst zu erwartenden

Anweisungen zur Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten genau angegeben sein.

Vierter Abschnitt.

Verfahren und Behörden.

§ 12.

Die in dem Reichsgesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und in dem gegenwärtigen Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten werden, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes bestimmt, von den Ortspolizeibehörden wahrgenommen. Der Landrat ist befugt, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung wird durch die Bestimmung des Abs. 1 nicht berührt.

Gegen die Anordnungen der Polizeibehörde finden die durch das Landesverwaltungsgesetz gegebenen Rechtsmittel statt.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 13.

Beamtete Ärzte im Sinne des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des gegenwärtigen Gesetzes sind die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, soweit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten beauftragt sind, sowie die mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragten Stadtärzte in Stadtkreisen, die Hafen- und Quarantäneärzte in Hafenorten, außerdem die als Kommissare der Regierungspräsidenten, der Oberpräsidenten oder des Ministers der

Zu § 13 Abs. 2.

Sollen an Stelle der beamteten Ärzte im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten andere Ärzte zugezogen werden, so ist meine Entscheidung einzuholen. Im Falle dringender Notwendigkeit ist ein entsprechender Antrag vom Regierungspräsidenten telegraphisch zu stellen. Dabei sind in erster Linie solche Ärzte in Vorschlag zu bringen, welche die kreisärztliche Prüfung mit Erfolg abgelegt haben.

Medizinalangelegenheiten an Ort und Stelle entsandten Medizinalbeamten.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 des vorbezeichneten Reichsgesetzes findet auf die in dem § 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten entsprechende Anwendung.

Befugnisse des Landrats an Stelle der Ortspolizei.

Nach § 12 Abs. 1 ist der Landrat befugt, die Amtsvorrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer übertragbaren Krankheit zu übernehmen. In einzelnen Landesteilen (Hannover) liegt ja die Ausübung der Ortspolizei — ausgenommen in den selbständigen Städten — eo ipso bei dem Landrat. Wo aber, wie in anderen Landesteilen, die Ortspolizei von den Distriktskommissaren, Amtsvorstehern, ländlichen Bürgermeistern oder auch Bürgermeistern solcher Städte, welche unter dem Landrat stehen, wahrgenommen wird, erhält die Bestimmung des § 12 Geltung. Danach ist der Landrat in jedem einzelnen Falle einer übertragbaren Krankheit befugt, nicht nur Ermittlungen vornehmen zu lassen (§ 6), sondern auch Schutzmaßregeln anzuordnen (§ 8), beides in dem für die Ortspolizeibehörde festgesetzten Umfange. In welchen Fällen der Landrat von dieser Befugnis Gebrauch machen will, bleibt seinem pflichtgemäßen Ermessen überlassen.

Zuständigkeit der Landespolizeibehörden.

Die Zuständigkeit der Landespolizeibehörden (s. § 12 Abs. 2) wird besonders in den §§ 6 Abs. 3, 10, 13 und 23 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 31. Juli 1900, festgelegt. Landespolizeibehörde ist der Regierungspräsident, für den Landespolizeibezirk Berlin aber, umfassend die Städte Berlin, Charlottenburg, Rixdorf und Schöneberg, der Polizeipräsident von Berlin.[1]) Sehr wichtig ist die Bestimmung, daß die Anordnungen der Polizeibehörde zwar auf dem Rechtswege (§§ 127—128 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883) angefochten werden können, daß aber nichtsdestoweniger die Anordnungen zunächst auszuführen sind.

Anfechtung der polizeilichen Anordnungen.

Beamtete Ärzte.

In § 13 wird bestimmt, welche Ärzte unter beamteten Ärzten im Sinne des Reichsgesetzes sowie des preußischen Gesetzes zu verstehen sind.

In § 13 Abs. 2 in Verbindung von § 36 Abs. 2 des Reichsgesetzes wird ferner bestimmt, daß auch sonst nicht zu einer der in Absatz 1 aufgeführten Kategorien von Ärzten gehörige Ärzte,

[1]) Für den Stadtbezirk Berlin vertritt dieser gleichzeitig die Ortspolizeibehörde.

falls sie an Stelle der beamteten Ärzte in Fällen von deren Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen zugezogen werden, innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrages als beamtete Ärzte zu gelten und dieselben Befugnisse wie diese haben.

Dieses hat jedoch nicht mit Bezug auf diejenigen nicht beamteten Ärzte Geltung, welche etwa von den Ortspolizeibehörden gemäß § 6 Abs. 4 des preußischen Gesetzes in Verbindung mit den dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen mit der Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach herangezogen werden, da zu dieser Feststellung die Mitwirkung eines beamteten Arztes überhaupt nicht nötig ist, wenn solcher auch freilich in seiner Arzteigenschaft ebensogut mit der Feststellung betraut werden kann wie jeder andere Arzt.

Fünfter Abschnitt.
Entschädigungen.

§ 14.

Die Bestimmungen der §§ 29 bis 34 Satz 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, finden auf diejenigen Fälle entsprechende Anwendung, in welchen auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet worden ist. Der Anspruch auf Entschädigung fällt jedoch weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

§ 15.

Die Festsetzung der Entschädigungen in den Fällen der §§ 28 bis 33 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des § 14 des gegenwärtigen Gesetzes erfolgt durch die Ortspolizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtswegs innerhalb einer Frist von einem Monate nur die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde, in Berlin an den Oberpräsidenten, statt. Die Entscheidung

Zu §§ 14 bis 20.

Die vorliegenden Paragraphen machen den Polizeibehörden ein Handeln von Amts wegen in zwei Fällen zur Pflicht:

1. Wird eine der Invalidenversicherung unterliegende Person einer mit Beschränkung der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte verbundenen Beobachtung oder einer Absonderung unterworfen, weil sie an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken erkrankt oder der Erkrankung oder Ansteckung an einer dieser Krankheiten verdächtig ist, so hat die Polizeibehörde, sofern die Person nicht während der Dauer jener Maßregel aus öffentlichen Mitteln verpflegt wird, die ihr gebührende Entschädigung wegen des entgangenen Arbeitsverdienstes alsbald festzusetzen. Ein Antrag ist nicht abzuwarten.

Die Entschädigung beträgt für jeden Arbeitstag den dreihundertsten Teil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes (§ 34 des Invalidenversicherungs-

dieser Beschwerdeinstanz ist endgültig.

§ 16.

Die Ermittlung und Festsetzung der Entschädigungen aus § 28 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, geschieht von Amts wegen.

Die Entschädigungen sind nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 17.

Bei Gegenständen, welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, ist vor der Vernichtung der gemeine Wert durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 18.

Sind bei einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion Gegenstände derart beschädigt worden, daß dieselben zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, so ist sowohl der Grad dieser Beschädigung wie der gemeine Wert der Gegenstände vor ihrer Rückgabe an den Empfangsberechtigten durch Sachverständige abzuschätzen.

§ 19.

Bei den Abschätzungen gemäß den §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes sollen die Berechtigten tunlichst gehört werden.

§ 20.

In den Fällen der §§ 17 und 18 des gegenwärtigen Gesetzes bedarf es der Abschätzung nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist, oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

gesetzes), abzüglich des der abgesonderten oder beobachteten Person etwa seitens einer Krankenkasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewährten gesetzlichen Krankengeldes oder abzüglich des von ihr trotz der polizeilichen Beschränkungen etwa erzielten Arbeitsverdienstes.

Die erfolgte Festsetzung der Entschädigung ist sowohl der entschädigungsberechtigten Person als auch derjenigen Behörde zuzustellen, welche den nach § 26 Abs. 2 des Gesetzes in Betracht kommenden zahlungspflichtigen Verband vertritt.

2. Will die Polizeibehörde Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoff von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz behaftet sind, vernichten lassen, so hat sie ihren gemeinen Wert vor der Vernichtung durch zwei Sachverständige im Sinne der §§ 21 und 22 des Gesetzes abschätzen zu lassen. Wenn tunlich, ist der Eigentümer oder Inhaber der Gegenstände zuzuziehen und anzuhören. Die Sachverständigen sind anzuhalten, daß sie der Polizeibehörde eine von ihnen unterzeichnete Urkunde über die Schätzung zugehen lassen.

Ebenso ist zu verfahren, wenn bei der Desinfektion eines Gegenstandes, von welchem anzunehmen war, daß er mit Krankheitsstoff einer der benannten Krankheiten behaftet sei, der Gegenstand so beschädigt worden

ist, daß er zu seinem bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht weiter verwendet werden kann. In diesem Falle ist die Abschätzung vor der Rückgabe des Gegenstandes an den Empfangsberechtigten herbeizuführen.

Die Abschätzung vernichteter oder durch Desinfektion gebrauchsunfähig gewordener Gegenstände darf nur unterbleiben, wenn von vornherein feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch ausgeschlossen ist (vgl. die §§ 32 und 33 des Reichsgesetzes) oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet oder sich mit der Polizeibehörde über die Höhe des Schadenersatzes geeinigt hat.

Ein Entschädigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn

a) die betreffenden Gegenstände im Eigentume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden oder wenn sie trotz Verbotes ein- oder ausgeführt sind;

b) der Entschädigungsberechtigte die Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hatte, obwohl er wußte oder annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder daß sie auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren, oder wenn er zur Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenrechtliche Vorschriften Veranlassung gegeben hat. Ferner ist, wenn es sich um Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand,

Rotz handelt, eine Entschädigung nicht zu zahlen, wenn der Beschädigte den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Ist die Schätzungsurkunde bei der Polizeibehörde eingegangen, so ist nichts weiteres zu veranlassen, falls nicht ein Antrag auf Entschädigung von seiten des Eigentümers des vernichteten oder beschädigten Gegenstandes oder desjenigen, in dessen Gewahrsam sich derselbe vor der Vernichtung oder zur Zeit der Desinfektion befand, gestellt wird. Ist die Antragsfrist gewahrt, so erfolgt die Feststellung der Entschädigung, andernfalls Ablehnung wegen Fristversäumnis. Der Bescheid ist dem Antragsteller zuzustellen.

§ 21.

Für jeden Kreis sollen von dem Kreisausschuß, in Stadtkreisen von der Gemeindevertretung, aus den sachverständigen Eingesessenen des Bezirkes auf die Dauer von drei Jahren diejenigen Personen in der erforderlichen Zahl bezeichnet werden, welche zu dem Amte eines Sachverständigen zugezogen werden können. Als Sachverständige können auch Frauen bezeichnet werden.

Aus der Zahl dieser Personen hat die Ortspolizeibehörde die Sachverständigen für den einzelnen Schätzungsfall zu ernennen. In besonderen Fällen ist die Polizeibehörde ermächtigt, andere Sachverständige zuzuziehen.

Die Sachverständigen sind von der Polizeibehörde durch Handschlag zu verpflichten. Sie verwalten ihr Amt als Ehrenamt und haben nur Anspruch auf Ersatz der baren Auslagen.

Auf das Amt der Sachverstän-

digen finden die Vorschriften über die Übernahme unbesoldeter Ämter in der Verwaltung der Gemeinden und Kommunalverbände entsprechende Anwendung.

§ 22.

Personen, bei welchen für den einzelnen Fall eine Befangenheit zu besorgen ist, sollen zu Sachverständigen nicht ernannt werden.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Schätzung ist jeder:

1. in eigener Sache;
2. in Sachen seines Ehegatten, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht;
3. in Sachen einer Person, mit welcher er in gerader Linie oder im zweiten Grade der Seitenlinie verwandt oder verschwägert ist, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

Personen, welche sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden, sind unfähig, an einer Schätzung teilzunehmen.

§ 23.

Die Sachverständigen haben über die Schätzung eine von ihnen zu unterzeichnende Urkunde aufzunehmen und der Ortspolizeibehörde zur Festsetzung der Entschädigung zu übersenden.

Hat eine ausgeschlossene oder unfähige Person (§§ 22 Abs. 2 und 3) an der Schätzung teilgenommen, so ist die Schätzung nichtig und zu wiederholen. Ist die Wiederholung unausführbar, so erfolgt die Festsetzung nach freier Würdigung des Schadens.

§ 24.

Die Entschädigung für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände wird nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruchs binnen einer Frist von einem Monat bei der

Ortspolizeibehörde, welche die Vernichtung oder Desinfektion angeordnet hat, zu stellen.

Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei Gegenständen, welche der Desinfektion unterworfen sind, mit der Wiederaushändigung.

Bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist kann die Ortspolizeibehörde Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewähren.

Entschädigungen.

Sowohl das Reichsgesetz als das preußische Gesetz (§ 14) sieht auf besonderen darauf bezüglichen Antrag die Gewährung einer Entschädigung für den Fall vor, daß durch die polizeilich angeordnete Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen diese unbrauchbar geworden sind. Während aber nach dem Reichsgesetz diese Entschädigungen mit Ausnahme der in den §§ 32 und 33 namhaft gemachten Fälle stets zu gewähren ist, wird sie nach dem preußischen Gesetz nicht gewährt, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

Unterschied des RG. u. des preuß Gesetzes.

Ein wichtiger Unterschied zwischen den Bestimmungen des Reichsgesetzes und des preußischen Gesetzes ist ferner der, daß das Erstere unter Umständen (§ 28 Abs. 1) Personen, welche mit Bezug auf eine der in § 1 des Reichsgesetzes benannten gemeingefährlichen Krankheiten in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte (§ 12) beschränkt oder abgesondert werden (§ 14), Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen entgangenen Arbeitsverdienstes gewährt, den das preußische Gesetz dagegen nicht gewährt.

Verfahren bei der Abschätzung.

Die §§ 15—24 sowie die dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen behandeln das Verfahren bei der Abschätzung des etwa durch die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen verursachten Schadens sowie bei der Festsetzung der zu gewährenden Entschädigung und haben hauptsächlich für die in Frage kommenden Behörden Interesse.

Sechster Abschnitt.
Kosten.

§ 25.

Die Kosten, welche durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes bei der Ausführung des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, sowie bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, fallen der Staatskasse zur Last. Das Gleiche ist der Fall, wenn es sich um die ärztliche Feststellung von Scharlach, Körnerkrankheit und Diphtherie handelt (§ 6 Abs. 4).

Zu § 25.

1. Als amtliche Beteiligung gilt jede Beteiligung des beamteten Arztes, welche ihm durch Gesetz, Dienstanweisung oder durch Einzelauftrag der vorgesetzten Dienstbehörde übertragen ist. Hierher gehört insbesondere seine Tätigkeit gemäß §§ 6—9, 14 Abs. 2 und 3, 18 des Reichsgesetzes, und §§ 6 Abs. 1—3, 8 Nr. 1 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes.
2. Ärzte, welche gemäß § 6 Abs. 4 des gegenwärtigen Gesetzes mit Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragt worden sind, haben gemäß § 2 der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 nur Anspruch auf Vergütung nach den niedrigsten Sätzen, da die Zahlung aus Staatsfonds erfolgt.

Die Polizeibehörden haben die bei ihnen infolge der Zuziehung von Ärzten behufs Feststellung einer dieser Krankheiten eingehenden Liquidationen mit einer Bescheinigung darüber, daß es sich um eine Feststellung im Sinne des § 6 Abs. 4 handelt, dem Landrat einzureichen. Dieser veranlaßt eine Prüfung der Liquidation durch den Kreisarzt und reicht demnächst die Liquidationen gesammelt in der Zeit zwischen dem 1. und 15. Tage jedes Kalendervierteljahres dem Regierungspräsidenten ein.

Die Zahlung an den Arzt hat durch die Ortspolizeibehörde, welche ihn zugezogen hat, zu erfolgen.

§ 26.

Im übrigen findet die Vorschrift des § 37 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, auf die-

jenigen Fälle, in welchen die daselbst bezeichneten Schutzmaßregeln auf Grund der Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes angeordnet werden, mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß die Kosten der Desinfektion und der besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen nur dann aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, wenn nach Fesstellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Unter den gleichen Voraussetzungen sind die Kosten, welche durch die nach § 8 des gegenwärtigen Gesetzes oder nach § 14 des vorbezeichneten Reichsgesetzes vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunfsräumen entstehen, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung nicht in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken. Wegen der Anfechtung der hierüber ergangenen Entscheidung findet die Vorschrift des § 15 Abs. 2 Anwendung.

Wem die nach dem vorbezeichneten Reichsgesetz und nach dem gegenwärtigen Gesetz aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen einschließlich der den Sachverständigen nach § 21 des gegenwärtigen Gesetzes zu erstattenden baren Auslagen und die sonstigen Kosten der Ausführung der Schutzmaßregeln zur Last fallen, bestimmt sich, soweit das gegenwärtige Gesetz nicht ein anderes vorschreibt, nach den Vorschriften des bestehenden Rechtes.

§ 27.

Übersteigen die nach diesen Vorschriften einer Gemeinde mit

Zu § 27.

I. Will eine Gemeinde wegen der ihr in einem Etatsjahre er-

weniger als 5000 Einwohnern zur Last fallenden Kosten in einem Etatsjahre 5 Prozent des nach den Vorschriften des Kommunalabgabengesetzes der Gemeindebesteuerung zugrunde zu legenden Veranlagungssolls an Staatseinkommensteuer einschließlich der fingierten Normalsteuersätze (§ 38 des Kommunalabgabengesetzes, § 74 des Einkommensteuergesetzes), so ist der Mehrbetrag der Gemeinde auf ihren Antrag zu zwei Dritteilen vom Kreise zu erstatten.

Die Erstattung findet jedoch nur dann statt, wenn entweder der Bedarf an direkten Gemeindesteuern einschließlich der in Geld zu veranschlagenden Naturaldienste mehr als das Einundeinhalbfache des seiner Verteilung zugrunde zu legenden Veranlagungssolls an Einkommensteuer (einschließlich der fingierten Normalsteuersätze) und Realsteuern betrug, oder wenn diese Belastungsgrenze durch die geforderte Leistung überschritten wird. Liegt die Unterhaltung der öffentlichen Volksschulen besonderen Schulsozietäten ob, so sind die von den Angehörigen der Gemeinde an diese Sozietäten entrichteten baren Abgaben dem Gemeindesteuerbedarfe hinzuzurechnen.

Den Kreisen ist die Hälfte der in Gemäßheit der vorstehenden Vorschrift geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Streitigkeiten zwischen den Gemeinden und den Kreisen über die zu erstattenden Beträge unterliegen der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren. Zuständig in erster Instanz ist der Bezirksausschuß, in zweiter das Oberverwaltungsgericht.

Den Gutsbezirken kann im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit ein entsprechender Teil der aufgewendeten Kosten vom Kreise erstattet werden. Dem Kreise ist die Hälfte der demwachsenen Kosten einen Erstattungsanspruch auf Grund dieser Vorschrift erheben, so hat alsbald nach Ablauf dieses Etatsjahres der Gemeindevorstand eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Einwohnerzahl, berechnet nach der letzten Volkszählung;
2. die Art und Höhe der hierhergehörigen Kosten; dabei ist streng darauf zu achten, daß nur die nach §§ 26 und 27 des Gesetzes den Gemeinden zur Last fallenden Kosten Aufnahme finden, nicht aber die aus § 29 ihnen erwachsenden oder solche Kosten, welche anderen Trägern rechtlich obliegen;
3. die in der Gemeinde umlagefähigen Sollbeträge an Einkommensteuer, einschließlich der fingierten Normalsteuersätze, sowie an Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer;
4. das etatsmäßige direkte Gemeindesteuersoll — d. h. der ziffermäßige Betrag der Zuschläge zur Einkommen-, Grund-, Gebäude-, Gewerbe- und Betriebssteuer bzw. der veranlagten besonderen direkten Gemeindesteuern;
5. die Art, der Umfang und der Geldwert der Naturaldienste, welche etatsmäßig oder nach den Gemeindebeschlüssen zu leisten waren;
6. falls die Schulabgaben nicht bereits in den allgemeinen Gemeindeabgaben enthalten, sondern als Sozietätslasten erhoben worden sind, die Höhe der etatsmäßigen Schulabgaben.

Die Angabe zu 2. ist durch die betreffenden Rechnungsbelege, die Angaben zu 3—6 durch den Gemeindehaushaltsetat bzw. Schulhaushaltsetat des Jahres, in welchem die

gemäß geleisteten Ausgaben vom Staate zu erstatten.

Kosten entstanden sind, sowie durch eine Bescheinigung des Gemeindevorstandes, daß die Anforderung an Gemeindesteuern, Naturaldiensten und gegebenenfalls Schulabgaben in der angegebenen Höhe bzw. Bewertung für das genannte Jahr tatsächlich erfolgt ist, zu belegen.

II. Für einen Gutsbezirk, welcher einen entsprechenden Erstattungsantrag stellen will, hat der Gutsvorsteher gleichfalls bald nach Ablauf des betreffenden Etatsjahres eine Nachweisung an den Vorsitzenden des Kreisausschusses einzureichen, aus welcher sich ergibt:

1. die Höhe der hierhergehörigen Kosten (vgl. unter I, 2):
2. die Höhe der Einkommensteuer und Ergänzungssteuer sowie der staatlich veranlagten Realsteuern des Besitzers des Gutsbezirks;
3. die Höhe der Kreis- und Amtsabgaben, zu welchen der Besitzer herangezogen worden ist:
4. die Höhe der kommunalen Aufwendungen des Gutsbesitzers für Volksschule, Armen- und Wegewesen, einschließlich der gesondert nachzuweisenden und zu schätzenden Naturallasten;
5. im Falle des Bestehens statutarischer Bestimmungen über die Beteiligung von Gutsinsassen an den Kosten der Seuchenpolizei (§ 28 des gegenwärtigen Gesetzes) die Höhe dieser Beiträge sowie die Belastung der Gutsinsassen mit Armen- (§ 8 Abs. 2 Gesetzes vom 8. März 1871 — GS. S. 130 —), Schul-, Kreis- und Provinziallasten.

Die Angaben zu 1. sind durch die Rechnungsbelege, die Angaben zu 2. und 3. durch die Veranlagungsschreiben, diejenigen zu 5. durch die Einnahmebelege zu begründen, die sonstigen Angaben sind von dem Gutsvorsteher, und wenn dieser selbst

der Gutsbesitzer ist, von seinem Stellvertreter, als der Wahrheit entsprechend zu bescheinigen. Alle Angaben haben sich auf dasjenige Etatsjahr zu beziehen, in welchem die Kosten (zu I) entstanden sind.

III. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Vorsitzende des Kreisausschusses das Weitere bezüglich der Herbeiführung eines Beschlusses über die teilweise Erstattung der Kosten durch den Kreis zu veranlassen. Dabei hat im Falle eines von einem Gutsbezirk ausgehenden Antrages tunlichst eine entsprechende Anwendung der Abs. 1 und 2 des § 27 zu erfolgen.

IV. Ist eine Erstattung seitens des Kreises an eine Stadt- oder Landgemeinde erfolgt, so reicht der Vorsitzende des Kreisausschusses die gesamten Unterlagen an den Regierungspräsidenten mit dem Antrage auf Erstattung der Hälfte der gezahlten Summe ein. Der Regierungspäsident hat dem Antrage stattzugeben, soweit eine genaue Prüfung der Unterlagen die Berechtigung der vom Kreise gezahlten Erstattungssumme ergibt.

Wird gegen einen Kreis von einer Gemeinde Klage im Verwaltungsstreitverfahren gemäß Absatz 4 des § 27 erhoben, so hat der Kreis die Beiladung des Regierungspräsidenten als Vertreters des Fiskus zu beantragen. Sollte der Kreis dies verabsäumen, so wird sich die Beiladung von Amts wegen gemäß § 70 des Landesverwaltungsgesetzes empfehlen. Ist die Zahlungspflicht des Kreises nach Beiladung des Regierungspräsidenten durch rechtskräftiges Urteil festgestellt, so genügt lediglich die Vorlegung einer mit der Bescheinigung der Rechtskraft versehenen Urteilsausfertigung. In diesem Falle hat die Erstattung der

Hälfte der im Urteil festgestellten Summe ohne weiteres zu erfolgen.

V. Hat ein Kreis einem Gutsbezirk auf Grund des § 27 Abs. 5 eine Zahlung geleistet, so ist dem Antrage auf Erstattung der Hälfte ein eingehender Nachweis darüber beizufügen, daß der Gutsbezirk tatsächlich leistungsunfähig ist, und daß sich die Beihilfe in denjenigen Grenzen gehalten hat, innerhalb deren ein Erstattungsanspruch seitens einer Landgemeinde unter 5000 Einwohnern nach den Vorschriften des § 27 Abs. 1 besteht. Nur insoweit diese Nachweise als erbracht zu erachten sind, hat der Regierungspräsident dem Erstattungsantrage stattzugeben.

§ 28.

Steht ein Gutsbezirk nicht ausschließlich im Eigentume des Gutsbesitzers, so ist auf dessen Antrag ein Statut zu erlassen, welches die Aufbringung der durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und das gegenwärtige Gesetz entstehenden Kosten anderweit regelt und den mitheranzuziehenden Grundbesitzern oder Einwohnern eine entsprechende Beteiligung bei der Beschlußfassung über die Ausführung der erforderlichen Leistungen einräumt.

Das Statut wird nach Anhörung der Beteiligten durch den Kreisausschuß festgestellt und muß hinsichtlich der Beitragspflicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Verteilung der Kommunallasten in den ländlichen Gemeinden folgen. Dasselbe unterliegt der Bestätigung des Bezirksausschusses.

§ 29.

Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Abs. 1) Krankheiten notwendig sind,

Zu § 29.

Einrichtungen im Sinne des § 29 sind lediglich solche, welche zur Durchführung der in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbin-

zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

dung mit den §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes vorgesehenen Schutzmaßregeln erforderlich sind, also insbesondere: Beobachtungs- und Absonderungsräume, Unterkunftsstätten für Kranke und Verstorbene, Räume zur Aufbewahrung von Leichen und Beerdigungsplätze, sei es, daß diese Einrichtungen dauernd, sei es, daß sie nur vorübergehend für die Dauer einer Krankheitsgefahr getroffen werden. Nicht dagegen gehören hierher die der regelmäßigen Krankenpflege dienenden oder die im § 35 des Reichsgesetzes aufgeführten Einrichtungen zur allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse (Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser, Fortschaffung der Abfallstoffe).

Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für einzelne kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen erfordern würden und vielfach unbeschadet ihrer Wirksamkeit für eine größere Anzahl von Gemeinden zusammen getroffen werden können, so wird es in der Regel zweckmäßig sein, daß entweder nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften Zweckverbände zu diesem Behufe gebildet werden, oder daß die Kreise von der in Abs. 2 ausdrücklich anerkannten Befugnis Gebrauch machen, wie dies bereits bisher in weitem Umfange geschehen ist.

Wegen der Bereitstellung von Baracken durch den Preußischen Landesverein vom Roten Kreuz bei Epidemien von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken, Typhus, Ruhr, Granulose, Scharlach und Diphtheritis verweise ich auf die zufolge des Ministerialerlasses vom 25. März 1905 (Min.-Bl. f. Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten S. 175 ff.) hierüber abgeschlossenen Verträge.

§ 30.

Die Anordnung zur Beschaffung der im § 29 bezeichneten Einrichtungen erläßt die Kommunalaufsichtsbehörde.

Gegen die Anordnung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde und zwar bei Landgemeinden an den Kreisausschuß, in den Hohenzollernschen Landen an den Amtsausschuß, bei Stadtgemeinden an den Bezirksausschuß und mit Ausnahme der Hohenzollernschen Lande in weiterer Instanz an den Provinzialrat statt. Wird die Beschwerde auf die Behauptung mangelnder Leistungsfähigkeit zur Ausführung der Anordnung gestützt, so ist auch über die Höhe der von der Gemeinde zu gewährenden Leistung zu beschließen. Gegen die Entscheidung des Provinzialrats, in den Hohenzollernschen Landen gegen die Entscheidung des Bezirksausschusses, steht den Parteien die Klage im Verwaltungsstreitverfahren innerhalb derselben Frist beim Oberverwaltungsgericht zu. Auf diese Klage findet die Vorschrift des § 127 Abs. 3 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 entsprechende Anwendung. Sofern die Provinz an den Kosten teilzunehmen hat, steht die Beschwerde beziehungsweise Klage auch der Provinzialverwaltung zu.

Zu § 30.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben nach Möglichkeit dahin zu wirken, daß die von ihnen erforderlich erachteten Einrichtungen im Sinne des § 29 von den Kommunalverbänden freiwillig beschafft werden. Insbesondere wird sich zu diesem Zwecke vielfach die Verhandlung mit den Kreisen empfehlen.

Wird ein Einverständnis mit dem Kreise oder mit der Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 30 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken und dabei in ihrer Anforderung nicht weiter zu gehen, als nach ihrem pflichtmäßigen Ermessen die Gemeinde vermöge ihrer Finanzkraft zu leisten vermag.

§ 31.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung der Gemeinde nicht zur Ausführung der angeordneten Einrichtung aus, so trägt, sofern die Kommunalaufsichtsbehörde ihre Anordnung aufrecht hält, die Provinz die Mehrkosten. Die Hälfte derselben ist vom Staate zu erstatten.

Zu § 31.

Ist im Beschlußverfahren eine Einrichtung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, deren Beschaffung die Kommunalaufsichtsbehörde angeordnet hat, als nötig anerkannt, andererseits aber die Leistungsfähigkeit der Gemeinde verneint oder deren Leistung niedriger bemessen worden, als daß damit die Anordnung durchgeführt werden könnte, so hat die Kommunalaufsichtsbehörde vor weiterer Ver-

§ 32.

Bei dringender Gefahr im Verzuge kann die Kommunalaufsichtsbehörde nach Anhörung der Kommunalbehörde die Anordnung zur Durchführung bringen, bevor das Verfahren nach § 30 eingeleitet oder zum Abschlusse gebracht ist.

Die Kosten der Einrichtung trägt in diesem Falle der Staat, sofern die Anordnung der Kommunalaufsichtsbehörde aufgehoben wird.

Reicht die im Beschlußverfahren festgesetzte Leistung zur Deckung der Kosten nicht aus, so greift die Bestimmung des § 31 Platz.

§ 33.

Unberührt bleibt die Verpflichtung des Staates, diejenigen Kosten zu tragen, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen.

anlassung jedesmal an mich zu berichten.

Zu § 32.

Von der Befugnis zur sofortigen Durchführung einer Anordnung, welcher eine Gemeinde auch nach erneuter, angemessen befristeter Anhörung Folge zu leisten sich weigert, ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Auch in solchen Fällen ist, wenn tunlich, vorgängig an mich zu berichten. Ist dies nach Lage der Verhältnisse angängig, so ist mir jedesmal sofort unter Darlegung des Sachverhalts Anzeige zu erstatten.[1])

Berlin, den 7. Oktober 1905.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten.
Studt.

Tragung der Kosten.

Die Bestimmungen des § 25 Abs. 1 haben gegen die früheren Verhältnisse, da die Kosten der ärztlichen Feststellungen der ersten Fälle ansteckender Krankheiten, welche nach § 10 des Regulativs vom 8. August 1835 die Ortspolizeibehörden zu veranlassen hatten, von den Ortsgemeinden zu tragen waren, wenigstens in allen Provinzen, in denen das Regulativ Geltung hatte, eine wesentliche Belastung der Staatskasse herbeigeführt.[2])

---

[1]) Die Desinfektionsanweisung sowie die sonstigen Anlagen der Ausführungsbestimmungen sind am Schluß der Abhandlung abgedruckt.

[2]) In Abs. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 25 des Gesetzes wird bestimmt, daß die mit der Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach beauftragten Ärzte nach § 2 der Gebührenordnung usw. vom 15. Mai 1896 und nicht etwa nach dem Gebührengesetz für Medizinalbeamte vom 9. März 1872 zu liquidieren haben. Werden Medizinalbeamte mit dieser Feststellung beauftragt, so haben auch sie, da sie hier als Ärzte, nicht als Medizinalbeamte fungieren, auch nach § 2 der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 zu liquidieren, worauf übrigens der Herr Medizinalminister in einem Erlaß vom 21. März 1906 noch besonders hingewiesen hat.

Unterschied zwischen Reichsgesetz und preuß. Gesetz.

Zwischen dem Reichsgesetz und dem preußischen Gesetz besteht in Betreff der Kostenfrage insofern ein wichtiger Unterschied, als nach ersterem die Kosten der polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der besonderen angeordneten Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, während nach letzterem dieses nur für den Fall zu geschehen hat, daß nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag.

Kosten der Absonderung.

In betreff der Kosten, welche durch die in beiden Gesetzen vorgesehene Absonderung in Krankenhäusern oder in anderen geeigneten Unterkunftsräumen entstehen, gilt dagegen für beide Gesetze dasselbe.

Bestreitung aus öffentlichen Mitteln.

Aus öffentlichen Mitteln sind diese Kosten überhaupt nur dann zu bestreiten, wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese nicht zu tragen vermag. Sie sind ferner auch dann nicht aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, wenn die abgesonderten Personen während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken.

Letztere Ausnahmebestimmung dürfte nur auf ansteckungsverdächtige oder allenfalls krankheitsverdächtige Personen (was als krank, krankheitsverdächtig oder ansteckungsverdächtig anzusehen ist, ergibt sich aus Ziffer I der Ausführungsbestimmungen zu § 8) zu beziehen sein, da nur diese während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise an irgend einer Krankheit erkranken können, während solche Personen, welche abgesondert wurden, weil bei ihnen eine gemeingefährliche oder sonst übertragbare Krankheit schon festgestellt war, von vornherein als arbeitsunfähig anzusehen sind, also nicht erst während der Dauer der Absonderung in einer ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Weise erkranken können.

Es scheint danach wohl, als ob die Kosten für die Absonderung solcher kranken Personen stets aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, falls sie die Kosten ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermögen, die Fassung der gesetzlichen Bestimmungen läßt jedoch eine un-

zweifelhafte Deutung nicht zu und auch in den Motiven zu dem Gesetz findet sich kein Aufschluß über diesen Punkt.

Vom Staat oder der Kommune zu tragende Kosten.

Von wem die nach den einzelnen Bestimmungen der beiden Gesetze aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten und Entschädigungen zu tragen sind, wird nur in einzelnen Fällen, und zwar in dem preußischen Gesetz, direkt ausgesprochen, so außer in den oben erwähnten Bestimmungen des § 25 noch in § 4, § 31 und § 39 Abs. 2.

In allen diesen Fällen hat der Staat die Kosten zu tragen, wie er überhaupt (§ 33) diejenigen Maßnahmen zu tragen hat, welche durch landespolizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten entstehen.

Ob im Einzelfalle die aus öffentlichen Mitteln zu bestreitenden Kosten vom Staate oder der betreffenden Kommune zu tragen sind, hängt wesentlich davon ab, ob es sich um ortspolizeiliche oder landespolizeiliche Maßnahmen handelt.

In den Motiven zu dem vorliegenden Gesetz wird hierüber folgendes ausgeführt. „Während die auf die Verhütung, Bekämpfung und Beschränkung einer Seuche innerhalb einer einzelnen Gemeinde gerichteten Maßnahmen Sache der Ortspolizei sind und die entstehenden Kosten demjenigen zur Last fallen, welcher nach dem geltenden Recht die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung zu tragen hat, sind aus der Staatskasse die Kosten derjenigen Maßnahmen zu bestreiten, welche vornehmlich zu dem Zwecke getroffen sind, um die Einschleppung einer Seuche aus außerpreußischen Ländern in das Inland oder deren Weiterverbreitung aus einer Gegend des Staatsgebietes in die andere zu verhindern. Zu letzteren landespolizeilichen Maßnahmen würden u. a. gehören:

Einrichtungen zur Absperrung der Landesgrenze und zur Verhinderung des Eintritts seuchenkranker oder verdächtiger Personen sowie der Einführung von Gegenständen, welche mit dem Ansteckungsstoffe behaftet sind oder sein können, aus dem Auslande in das preußische Landesgebiet; Veranstaltungen zur Untersuchung der über die Landesgrenze eintretenden und zu überwachenden Personen, sowie zur Desinfektion ihrer desinfektionspflichtigen Habe und derjenigen Räume, in denen sie untergebracht sind;

die Bestellung von Ärzten und deren Gehilfen, sowie die Beschaffung der notwendigen Desinfektionsmittel zur Durchführung der vorbezeichneten Maßnahmen;

die Bestellung von Staatskommissaren, soweit es sich um Preußen allein zugehörige Stromgebiete handelt, von Hafenbeamten und von Ärzten nebst deren Hilfspersonal zur Durchführung der gesundheitlichen Kontrolle über Schiffe, Häfen und den Flußverkehr;

die Einrichtung und der Betrieb von Quarantäneanstalten in den preußischen Seehäfen nebst der nötigen Herstellung von Verbindungen der Quarantäneanstalten mit den Hafenämtern;

die Bereitstellung der zum Überwachungsdienst erforderlichen Dampfer und Boote nebst ihren Mannschaften;

die behördlich angeordneten bakteriologischen Untersuchungen, welche von den seitens der Zentralbehörden zu bestimmenden Stellen ausgeführt sind."

Schwierigkeiten der Kostenfrage.

Es dürfte aus den bisherigen Ausführungen wohl erhellen, daß es im einzelnen Falle keineswegs leicht sein kann ohne weiteres zu beurteilen, ob eine angeordnete Maßregel landespolizeilicher oder ortspolizeilicher Natur ist, und ob die Kosten vom Staate oder der in Frage kommenden Kommune zu tragen sind. Eine weitere Erörterung[1]) hierüber würde indessen über den Rahmen dieser Abhandlung ebenso hinausgehen wie ein Eingehen auf die §§ 27—33, welche die teilweise Übernahme der auf Grund der beiden Gesetze von den Gemeinden zu tragenden Kosten auf den Kreis, die Provinz oder den Staat festsetzen und das hierbei einzuschlagende Verfahren regeln.

Verpflichtungen der Gemeinden.

Hier dürfte nur noch die Bestimmung des Abs. 1 § 29 von Interesse sein, wonach die Gemeinden verpflichtet sind, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Aus der Begründung des Gesetzes zu § 27 des Gesetzes ist zu entnehmen, daß es sich besonders um die Beschaffung von Beobachtungs- und Absonderungsräumen, von Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparaten, Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene, sowie von Leichenräumen handelt.

Wenn nach Abs. 2 des § 29 die Kreise befugt sind, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unter-

[1]) Eine ausführliche Erörterung der Kostenfrage findet sich in dem Kommentar von Schmedding: Die Gesetze, betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten usw. nebst Ausführungsbestimmungen, erläutert für Preußen von A. Schmedding, Landesrat, Mitglied des Hauses der Abgeordneten. Münster i. W. Aschendorffsche Buchhandlung 1905.

halten, so wird diese Bestimmung in der Begründung des Gesetzes dahin ausgelegt, daß wenn die betreffenden Einrichtungen Zwecken dienen, die über die Grenzen einer einzelnen Gemeinde hinausgehen, den Kreisen die Verpflichtung zur Gewährung einer entsprechenden Beihilfe auferlegt werden kann.

Siebenter Abschnitt.

Strafvorschriften.

§ 34.

Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Lungen- und Kehlkopfstuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand und Rotz litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung und Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den von dem Minister der Medizinalangelegenheiten erlassenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

§ 35.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 1 bis 3 oder nach den auf Grund des § 5 des gegenwärtigen Gesetzes von dem Staatsministerium erlassenen Vorschriften obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer bei den übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen des § 7 Abs. 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, für anwendbar erklärt worden sind (§§ 6 Abs. 1, 7 des gegenwärtigen Gesetzes), diesen Bestimmungen zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund der §§ 8 und 11 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit § 13 des vorbezeichneten Reichsgesetzes über die Meldepflicht erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 36.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer bei den in dem § 6 Abs. 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten sowie in den Fällen des § 7 den nach § 9 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den nach § 10 des vorbezeichneten Reichsgesetzes von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer bei den in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 11 den nach § 12, § 14 Abs. 5, §§ 15, 17, 19 und 21 des vorbezeichneten Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer bei den in dem § 10 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten den nach § 24 des vorbezeichneten Reichsgesetzes erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt;
4. Ärzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche den Vorschriften in dem § 8 Nr. 3 Abs. 2 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes zuwiderhandeln.

Strafvorschriften.

Die Strafvorschriften des preußischen Gesetzes sind, wie auch in den Motiven hervorgehoben wird, denen des Reichsgesetzes nachgebildet, enthalten aber mehrfach mildere Bestimmungen.

So werden die in § 3 des preußischen Gesetzes unter Ziffer 1—3 benannten Verfehlungen gegen das Gesetz mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark bedroht, während bei den gleichen Verfehlungen in § 44 des Reichsgesetzes nur Gefängnisstrafe, und zwar bis zu 3 Jahren zulässig ist. Daß die Bestimmungen unter Ziffer 2 des § 34 sich nicht auf Tollwut, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung erstrecken, ist nur selbstverständlich, da hier überhaupt keine Desinfektion in Frage kommt. Sie auch auf Körnerkrankheit zu erstrecken hat man wohl Abstand genommen, da hier die Gefahr der Übertragung auf andere durch nicht desinfizierte Wäschestücke eine verhältnismäßig geringe ist.

Auch die Bestimmungen in § 35 unter Ziffer 1 des preußischen Gesetzes sind milder als die entsprechenden in Abs. 1 § 45 des Reichsgesetzes, da dort nur schuldhafte Unterlassung (es muß also ein Verschulden, sei es aus bösem Willen, sei es auch Nachlässigkeit, vorliegen) der Anzeige strafbar gemacht wird, während nach dem Reichsgesetz die Unterlassung der Anzeige ohne weiteres strafbar ist.

Aus der Fassung des Abs. 1 Ziffer 1 des § 35 ergibt sich übrigens von selbst, daß auch die Verzögerung der Anzeige (über 24 Stunden nach erlangter Kenntnis) strafbar ist, wenn dieses auch nicht wie im Reichsgesetz noch besonders hervorgehoben ist. Für die Fälle, in denen im Auftrage der Ortspolizeibehörde die ärztliche Feststellung von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach erfolgen soll und dem hiermit beauftragten Arzte etwa der Zutritt zu dem Kranken usw. (§ 45 Ziffer 2) verweigert oder ihm Auskunft verweigert oder wissentlich falsche Angaben gemacht werden (Ziffer 3), fehlen allerdings besondere Strafbestimmungen, wie schon Martinek[1]) hervorhebt.

Wenn, wie oben in den Erläuterungen zu § 6 an entsprechender Stelle erwähnt wurde, ein Organ der Ortspolizeibehörde den Arzt begleitet, dürfte aber gegebenenfalls § 113 des StrGB. in Anwendung kommen.

Achter Abschnitt.

Schlußbestimmungen.

§ 37.

Mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes werden die zurzeit bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten aufgehoben.

Insbesondere treten die Vorschriften des Regulativs vom 8. August 1835 (Gesetz-Samml. S. 240), jedoch unbeschadet der Bestimmung des § 10 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899 (Gesetz-Samml. S. 172), über die Belassung der Sanitätskommissionen in größeren Städten, außer Kraft.

Unberührt bleiben auch die Vorschriften des § 55 des Regulativs sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pockenepidemie.

§ 38.

Diejenigen Vorschriften des gegenwärtigen Gesetzes, welche sich auf Genickstarre beziehen, treten mit dem Tage der Verkündigung dieses Gesetzes in Kraft.

Im übrigen wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes durch Königliche Verordnung bestimmt.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten erläßt, und zwar, soweit der Geschäftsbereich anderer Minister beteiligt ist, im Einvernehmen mit diesen, die zur Ausführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

---

[1]) Einführung in das preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905 nebst einem Anhang über die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten des behandelnden Arztes. Von Dr. Martinek, Oberarzt beim Sanitätsamt V. Armeekorps. Posen. Urban und Schwarzenberg 1906.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Gegeben Neues Palais, den 28. August 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Zugleich für den Finanzminister.

Fürst v. Bülow. Studt. v. Podbielski. Möller.
v. Budde. v. Einem. v. Bethmann Hollweg.

(Nr. 10650). Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Vom 10. Oktober 1905.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preußen etc. verordnen auf Grund des § 38 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August d. J., was folgt:

Einziger Paragraph.

Das Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August d. J. tritt, soweit es nicht mit dem Tage der Verkündigung in Kraft getreten ist, am 20. Oktober d. J. in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Königlichen Insiegel.

Gegeben Glücksburg, den 10. Oktober 1905.

(L. S.) **Wilhelm.**

Fürst v. Bülow. Schönstedt. Gr. v. Posadowsky. v. Tirpitz.
Studt. Frhr. v. Rheinbaben. Möller. v. Budde. v. Einem.
Frhr. v. Richthofen. v. Bethmann Hollweg.

Bestehenbleiben einzelner Bestimmungen des Regulativs.

Durch das preußische Gesetz vom 28. Juni 1905 ist somit ein ganzes Gesetz, das Regulativ vom 8. August 1835 durch den Erlaß eines neuen sonst aufgehoben worden, doch bleiben einzelne Bestimmungen des alten Gesetzes in Kraft. Letztere betreffen einmal die Sanitätskommissionen in größeren Städten. In dem Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 18. September 1899 (Ges.-Samml. S. 172) waren durch § 16 die im Regulativ vorgesehenen Sanitätskommissionen aufgehoben worden, der Medizinalminister aber nach § 10 Abs. 3 ermächtigt, es in größeren Städten bei der früheren Einrichtung der Sanitätskommissionen gemäß § 1—8 des Regulativs zu belassen (tatsächlich ist die Einrichtung der Sanitätskommissionen nur in der Stadt Berlin bestehen geblieben). Diese Ermächtigung des Medizinalministers die Einrichtung der Sanitätskommissionen in größeren Städten weiter bestehen zu lassen — tatsächlich ist diese Einrichtung allerdings nur in der Stadt Berlin bisher bestehen geblieben — ist auch durch das Gesetz vom 28. August 1905 nicht berührt worden. Außerdem bleiben auch durch das vorliegende Gesetz die Vorschriften des § 55 des Regulativs

sowie die sonst bestehenden gesetzlichen Vorschriften[1]) über die Zwangsimpfungen unberührt. Paragraph 55 des Regulativs lautet: „Brechen in einem Hause die Pocken aus, so ist genau zu untersuchen, ob in demselben noch ansteckungsfähige Individuen vorhanden sind, deren Vaccination dann in kürzester Zeit vorgenommen werden muß. Bei weiterer Verbreitung der Krankheit sind zugleich sämtliche Einwohner auf die drohende Gefahr aufmerksam zu machen und aufzufordern, ihre noch ansteckungsfähigen Angehörigen schleunigst vaccinieren zu lassen, zu welchem Ende von seiten der Medizinalpolizei die nötigen Veranstaltungen getroffen und erforderlichenfalls Zwangsimpfungen bewirkt werden sollen.

Anlage 1.

Anzeige eines Falles von

1. Aussatz (Lepra) oder Aussatzverdacht. — 2. Bißverletzung durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier. — 3. Cholera (asiatische) oder Choleraverdacht. — 4. Diphtherie (Rachenbräune). — 5. Fleckfieber (Flecktyphus) oder Fleckfieberverdacht. — 6. Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung. — 7. Gelbfieber oder Gelbfieberverdacht. — 8. Genickstarre (übertragbare). — 9. Kindbettfieber (Wochenbett- — Puerperalfieber). — 10. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom). — 11. Lungen- und Kehlkopftuberkulose (nur bei Todesfällen). — 12. Milzbrand. — 13. Pest (orientalische Beulenpest), oder Pestverdacht. — 14. Pocken (Blattern) oder Pockenverdacht. — 15. Rotz. — 16. Rückfallfieber (Febris recurrens). — 17. Ruhr, übertragbare (Dysenterie). — 18. Scharlach (Scharlachfieber). — 19. Tollwut (Lyssa). — 20. Trichinose. — 21. Typhus (Unterleibstyphus).

(Das Zutreffende ist zu unterstreichen.)

Ort der Erkrankung: . . . .
Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk): . . . .
des Erkrankten . . . .
Familienname: . . . .
Geschlecht: männlich, weiblich. (Zutreffendes ist zu unterstreichen.)
Alter: . . . .
Stand oder Gewerbe: . . . .
Stelle der Beschäftigung: . . . .
Tag der Erkrankung: . . . .
Tag des Todes: . . . .
Sind schulpflichtige Kinder in dem Hausstande vorhanden? . . . .
Name und Wohnung des behandelnden Arztes: . . . .
Bemerkungen (insbesondere auch ob, wann und woher zugereist): . . . . . .
. . . ., den . ten . . . 19 . .

(Unterschrift.)

[1]) Die Bestimmungen des § 55 haben nur in den Provinzen Geltung, in welchen überhaupt das Regulativ in Geltung war, in den neuen Provinzen kommen eventuell frühere landesrechtliche Bestimmungen in Frage.

Anlage 2.

Liste der Fälle von ....

1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12
		des Erkrankten						Tag				
Ort der Erkrankung	Wohnung (Straße, Hausnummer, Stockwerk)	Familienname	Geschlecht		Alter	Stand oder Gewerbe	Stelle der Beschäftigung	der Erkrankung	der Anzeige	des Todes	Name und Wohnort des behandelnden Arztes	Bemerkungen (ob, wann und woher zugereist; bakteriologisch festgestellt, wann und von wem; Infektion durch Milch, Wasser u. dgl. m.)
			männl.	weibl.	Jahre							

Anlage 3.

Nachweisung

über die im Kreise .... in der Woche vom .... bis .... 19.. .. ...
amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Ortschaften	Aussatz		Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere		Cholera		Diphtherie		Fleckfieber		Gelbfieber		Genickstarre (übertragbar)		Kindbettfieber		Körnerkrankheit		Lungen- und Kehlkopftuberkulose	
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.			T.

	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
Ortschaften	Milzbrand		Pest		Pocken		Rotz		Rückfallfieber		Ruhr (übertragbar)		Scharlach		Tollwut		Unterleibstyphus					
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.

Anlage 4.

Nachweisung

über die im Regierungsbezirk .... in der Woche vom .... bis .... 19..........

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Kreise	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11		
	Aussatz			Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Gelbfieber			Genickstarre (übertragbar)			Kindbettfieber			Körnerkrankheit			Lungen- und Kehlkopftuberkulose			Milzbrand		
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	F.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Kreise	12			13			14			15			16			17			18			19			20			21		
	Pest			Pocken			Rotz			Rückfallfieber			Ruhr (übertragbar)			Scharlach			Tollwut			Unterleibstyphus								
	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.	Ort	E.	T.

Anlage 5.

Desinfektionsanweisung.

I. Desinfektionsmittel.

1. Karbolsäure.

a) Starke Karbolsäurelösung (etwa 5 proz.).

1 Gewichtsteil verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) wird in 18 Gewichtsteilen Wasser gelöst.

b) Schwache Karbolsäurelösung (etwa 3 proz.).

1 Gewichtsteil verflüssigte Karbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum d. A.B. f. d. D. R.) wird mit 20 Gewichtsteilen Wasser gemischt.

Die Wirksamkeit der Karbolsäurelösungen kann erheblich erhöht werden durch Zusatz von 5 proz. Kochsalz (auch Viehsalz).

2. Kresol.

a) Kresolwasser (5 proz.). Zur Herstellung wird 1 Gewichtsteil Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus d. A.B. f. d. D. R.) mit 9 Gewichtsteilen Wasser gemischt. 100 Gewichtsteile enthalten 5 Gewichtsteile rohes Kresol.

b) Verdünntes Kresolwasser (2,2 proz.). Zur Herstellung wird 1 Gewichtsteil Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus d. A.B. f. d. D. R.) mit 19 Gewichtsteilen Wasser gemischt. 100 Gewichtsteile enthalten 2,5 Gewichtsteile rohes Kresol.

3. Kresolschwefelsäure.

Zur Herstellung werden 2 Gewichtsteile (2 Raumteile) rohes Kresol (Cresolum crudum d. A.B. f. d. D. R.) mit 1,8 Gewichtsteilen (etwa 1 Raumteil) roher Schwefelsäure (Acidum sulfuricum crudum d. A.B. f. d. D. R.) bei gewöhnlicher Temperatur gemischt und 24 Stunden stehen gelassen.

Durch Lösen von 3 Raumteilen dieser Mischung in 97 Raumteilen Wasser wird die gebrauchsfähige Kresolschwefelsäurelösung (etwa 3,8 proz.) hergestellt.

Das Gemisch darf zur Herstellung der Lösung frühestens 24 Stunden nach seiner Bereitung benutzt werden; es behält seine volle Wirksamkeit bei Aufbewahrung in gut verschlossenen Gefäßen etwa 6 Monate lang.

Die Kresolschwefelsäurelösung soll nicht länger als 24 Stunden nach der Zubereitung verwendet werden.

4. Kalk.

Frisch gebrannter Kalk (Calcaria usta d. A.B. f. d. D. R.) sog. Ätzkalk. Er ist vor dem Gebrauche zu löschen; zu diesem Zwecke wird er unzerkleinert in ein geräumiges Gefäß gelegt und mit Wasser (etwa der halben Gewichtsmenge des Kalkes) gleichmäßig besprengt; er zerfällt hierbei unter starker Erwärmung und unter Aufblähen zu Pulver.

Frisch gebrannter Kalk wird verwendet:

a) in trockener Form als Pulver;

b) als dicke Kalkmilch; sie wird bereitet aus annähernd gleichen Raumteilen Kalkpulver und Wasser; das Wasser ist allmählich unter stetem Rühren zuzusetzen;

c) als dünne Kalkmilch; sie wird in der Weise hergestellt, daß dicke Kalkmilch (zu b) mit gleichen Raumteilen Wasser verrührt wird.

Zu a—c. Kalk und Kalkmilch verlieren, wenn sie nicht innerhalb

weniger Stunden nach der Bereitung Verwendung finden oder in gut geschlossenen Gefäßen aufbewahrt werden, an ihrer Wirksamkeit; Kalkmilch ist vor dem Gebrauch umzuschütteln oder umzurühren.

5. Chlorkalk.

Chlorkalk (Calcaria chlorata d. A.B. f. d. D. R.) hat nur dann eine ausreichende desinfizierende Wirkung, wenn er frisch bereitet oder in dicht geschlossenen Gefäßen aufbewahrt ist; er soll einen chlorähnlichen Geruch haben und auf Zusatz von Essig reichlich Chlor entwickeln.

Chlorkalk wird verwendet:

a) in trockener Form als Pulver;

b) als dicke Chlorkalkmilch; sie wird bereitet durch Zusatz von 3 Raumteilen Wasser zu 1 Raumteil Chlorkalkpulver;

c) als dünne Chlorkalkmilch; sie wird bereitet durch Zusatz von 20 Raumteilen Wasser zu 1 Raumteil Chlorkalkpulver.

Chlorkalkmilch muß jedesmal frisch vor dem Gebrauche bereitet werden.

Die Wirkung des Chlorkalks und der Chlorkalkmilch kann in geeigneten Fällen dadurch erhöht werden, daß man der zu desinfizierenden Flüssigkeit eine Säure (Essig oder dgl.) zusetzt.

6. Schmierseife.

(Etwa 3 proz. Lösung.) 3 Gewichtsteile Schmierseife (Sapo kalinus venalis d. A.B. f. d. D. R.), sog. grüne oder schwarze Seife, werden in 100 Gewichtsteilen siedend heißem Wasser gelöst (z. B. $^1/_2$ kg Seife in 17 Liter Wasser). Die Lösung ist heiß zu verwenden.

7. Sodalösung.

(Etwa 2 proz.) Zur Herstellung werden mindestens 2 Gewichtsteile Soda (Natrium carbonicum crudum d. A.B. f. d. D. R.) in 100 Gewichtsteilen warmen Wassers gelöst (z. B. 200 g Soda in 10 Liter Wasser). Die Lösung ist heiß zu verwenden. (An Stelle der Sodalösung kann im Notfalle, aber nur zu der der Desinfektion vorausgehenden Reinigung, Holzaschen- oder Seifensiederlauge verwendet werden.)

8. Formaldehyd.

(Etwa 35 proz. Lösung.) Formaldehyd ist ein stechend riechendes, auf die Schleimhäute der Luftwege, der Nase, der Augen reizend wirkendes Gas, das sich entweder durch Zerstäuben mit Wasserdampf aus der etwa 35 Proz. Formaldehyd enthaltenden käuflichen wässerigen Formaldehydlösung (Formaldehydum solutum d. AB. f. d. D. R.) oder durch ein anderes zweckdienliches Verfahren entwickeln läßt. Die Formaldehydlösung ist bis zur Benutzung gut verschlossen und vor Licht geschützt aufzubewahren. Bei längerem Aufbewahren kann sich aus der wässerigen Formaldehydlösung eine weiße, weiche, flockige Masse abscheiden (Paraformaldehyd), wodurch die Lösung weniger wirksam, unter Umständen sogar vollkommen unwirksam wird. Sobald sich eine stärkere flockige Ausscheidung in der Lösung bemerkbar macht, ist sie für Desinfektionszwecke nicht mehr zu benutzen.

9. Wasserdampf.

Der Wasserdampf muß die Temperatur des bei Atmosphärendruck siedenden Wassers haben. Zur Desinfektion mit Wasserdampf sind nur solche Apparate und Einrichtungen zu verwenden, welche von Sachverständigen geprüft und geeignet befunden worden sind.

Die Prüfung derartiger Apparate und Einrichtungen hat sich zu er-

strecken namentlich auf die Anordnung der Dampfzuleitung und -ableitung, auf die Handhabungsweise und auf die für eine ausreichende Desinfektion erforderliche Dauer der Dampfeinwirkung.

Auch Notbehelfeinrichtungen können unter Umständen ausreichen, so z. B. auf Dampfern, die Benutzung von Badewannen mit Dampfzuleitung, Badekammern, Tanks, Holzbottichen, Baljen u. dgl. Jedoch ist es auch hier nötig, daß sie zuvor von Sachverständigen geprüft werden, und daß bei jeder neuen Desinfektion genau dieselbe Anordnung in der Dampfzuleitung und -ausströmung, derselbe Dampfdruck und dieselbe Dauer der Dampfeinwirkung innegehalten werden, welche bei der Prüfung als zweckmäßig befunden worden sind.

Die Bedienung der Apparate usw. ist, wenn irgend angängig, geprüften Desinfektoren zu übertragen.

10. Siedehitze.

Auskochen in Wasser, Salzwasser, Sodalösung oder Lauge (Ziffer 7 Abs. 2) wirkt desinfizierend. Die Flüssigkeit muß die Gegenstände vollständig bedecken und das Wasser 1 Stunde, die Sodalösung oder Lauge aber mindestens $^1/_2$ Stunde im Sieden gehalten werden.

11. Feuer.

Verbrennen im offenen Feuer bei Gegenständen von geringem Werte.

Feuerfeste Gegenstände werden durch Einlegen in Feuer — Flammfeuer oder glühende Kohle — desinfiziert.

Die Oberfläche mancher Gegenstände kann durch gründliches Ansengen desinfiziert werden.

12. Vergraben.

Die in Betracht kommenden Gegenstände (Tierkörper, Dünger u. dgl.) sind so zu vergraben, daß sie mit einer mindestens 1 m starken Erdschicht bedeckt werden.

13. Steinkohlen- oder Holzteer.

Unter den angeführten Desinfektionsmitteln ist die Auswahl nach Lage der Umstände zu treffen. In Ausnahmefällen dürfen seitens der beamteten Ärzte unter Umständen auch andere in bezug auf ihre desinfizierende Wirksamkeit erprobte Mittel angewendet werden, jedoch müssen die Mischungs- bzw. Lösungsverhältnisse, sowie die Verwendungsweise solcher Mittel so gewählt werden, daß der Erfolg einer mit den unter 1—12 bezeichneten Mitteln ausgeführten Desinfektion nicht nachsteht.

II. Anwendung der Desinfektionsmittel im einzelnen.

1. Alle Ausscheidungen der Kranken (Wund- und Geschwürausscheidungen, Blut, Auswurf, Erbrochenes, Rachen- und Nasenschleim, etwaige bei Sterbenden aus Mund und Nase hervorgequollene schaumige Flüssigkeit, Urin und Stuhlgang) sind mit dem unter I. 2a beschriebenen verdünnten Kresolwasser oder durch Siedehitze (I. 10) zu desinfizieren. Es empfiehlt sich, solche Ausscheidungen unmittelbar in Gefäßen aufzufangen, welche die Desinfektionsflüssigkeit in mindestens gleicher Menge enthalten, und sie hiermit gründlich zu verrühren. Verbandgegenstände sind, wenn das Verbrennen derselben (I. 11) nicht angängig ist, unmittelbar nach dem Gebrauch ebenfalls in solche mit verdünntem Kresolwasser (I. 2b) beschickte Gefäße zu legen, so daß sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt sind.

Die Gemische sollen mindestens zwei Stunden stehen bleiben und dürfen erst dann beseitigt werden.

Der Fußboden des Krankenzimmers ist täglich mit desinfizierenden Flüssigkeiten aufzuwaschen, Kehricht ist zu desinfizieren oder zu verbrennen.

Schmutzwässer sind mit Chlorkalk oder Kalkmilch zu desinfizieren, und zwar ist vom Chlorkalk so viel zuzusetzen, bis die Flüssigkeit stark nach Chlor riecht, von Kalkmilch so viel, daß das Gemisch rotes Lackmuspapier stark und dauernd blau färbt. In allen Fällen darf die Flüssigkeit erst nach zwei Stunden abgegossen werden. Badewässer sind wie Schmutzwässer zu behandeln.

2. Hände und sonstige Körperteile müssen jedesmal, wenn sie mit infizierten Dingen (Ausscheidungen der Kranken, beschmutzter Wäsche usw.) in Berührung gekommen sind, durch gründliches Waschen mit schwacher Karbolsäurelösung (I. 1b) oder verdünntem Kresolwasser (I. 2b) desinfiziert werden.

3. Bett- und Leibwäsche, sowie waschbare Kleidungsstücke u. dgl. sind entweder auszukochen (I. 10) oder in ein Gefäß mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2b, 1b) zu stecken. Die Flüssigkeit muß in den Gefäßen die eingetauchten Gegenstände vollständig bedecken. In dem Kresolwasser oder der Karbolsäurelösung bleiben die Gegenstände wenigstens zwei Stunden. Dann werden sie mit Wasser gespült und weiter gereinigt. Das dabei ablaufende Wasser kann als unverdächtig behandelt werden.

4. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können, Matratzen, Teppiche, und alles, was sich zur Dampfdesinfektion eignet, sind in Dampfapparaten zu desinfizieren (I. 9).

5. Alle diese zu desinfizierenden Gegenstände sind beim Zusammenpacken und bevor sie nach den Desinfektionsanstalten oder -apparaten geschafft werden, in Tücher, welche mit Karbolsäurelösung (I. 1b) angefeuchtet sind, einzuschlagen und, wenn möglich, in gut schließenden Gefäßen zu verwahren.

Wer solche Wäsche usw. vor der Desinfektion angefaßt hat, muß seine Hände in der unter Ziffer 2 angegebenen Weise desinfizieren.

6. Zur Desinfektion infizierter oder der Infektion verdächtiger Räume, namentlich solcher, in denen Kranke sich aufgehalten haben, sind zunächst die Lagerstellen, Gerätschaften u. dgl., ferner die Wände und der Fußboden, unter Umständen auch die Decke mittels Lappen, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2b, 1b) getränkt sind, gründlich abzuwaschen; besonders ist darauf zu achten, daß diese Lösungen auch in alle Spalten, Risse und Fugen eindringen.

Die Lagerstellen von Kranken oder von Verstorbenen und die in der Umgebung auf wenigstens 2 m Entfernung befindlichen Gerätschaften, Wand- und Fußbodenflächen sind bei dieser Desinfektion besonders zu berücksichtigen.

Alsdann sind die Räumlichkeiten und Gerätschaften mit einer reichlichen Menge Wasser oder Schmierseifenlösung (I. 6) zu spülen. Nach ausgeführter Desinfektion ist gründlich zu lüften.

7. Die Anwendung des Formaldehyds (I. 9) empfiehlt sich besonders zur sogenannten Oberflächendesinfektion. Außerdem gewährt sie den Desinfektoren einen gewissen Schutz vor einer Infektion bei mechanischen Desinfektionsarbeiten; sie ist möglichst vor dem Beginne sonstiger Desinfektion in der Weise auszuführen, daß die zu desinfizierenden Räumlichkeiten erst nach der beendeten Formaldehyddesinfektion betreten zu werden brauchen.

Nach voraufgegangener Desinfektion mittels Formaldehyds können nur die

Wände, die Zimmerdecke, die freien glatten Flächen der Gerätschaften als desinfiziert gelten. Alles übrige, namentlich alle diejenigen Teile, welche Risse und Fugen aufweisen, sind gemäß den vorstehend gegebenen Vorschriften noch besonders zu desinfizieren.

8. Gegenstände aus Leder, Holz- und Metallteile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2 b, 1 b) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen sind zu verbrennen.

Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2 b, 1 b) durchweicht. Nach zwölfstündiger Einwirkung der Desinfektionsflüssigkeit darf es ausgewaschen und weiter gereinigt werden.

Plüsch- und ähnliche Möbelbezüge werden nach Ziffer 3 und 4 desinfiziert oder mit verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I. 2 b, 1 b) durchfeuchtet, feucht gebürstet und mehrere Tage hintereinander gelüftet und dem Sonnenlicht ausgesetzt.

Von Kranken benutzte Eß- und Trinkgeschirre oder Geräte sind entweder auszukochen (I. 10) oder mit heißer Schmierseifenlösung (I. 6) ½ Stunde lang stehen zu lassen und dann gründlich zu spülen. Waschbecken, Spucknäpfe, Nachttöpfe u. dgl. werden nach Desinfektion des Inhalts (Ziffer 1) gründlich mit verdünntem Kresolwasser ausgescheuert.

9. Gegenstände von geringem Werte (Inhalt von Strohsäcken, gebrauchte Lappen u. dgl. sind zu verbrennen (I. 11).

10. Soll sich die Desinfektion auch auf Personen erstrecken, so ist dafür Sorge zu tragen, daß sie ihren ganzen Körper mit Seife abwaschen und ein vollständiges Bad nehmen. Ihre Kleider und Effekten sind nach Ziffer 3 und 4 zu behandeln, das Badewasser nach Ziffer 1.

11. Die Leichen der Gestorbenen sind in Tücher zu hüllen, welche mit einer der unter I. 1 und 2 aufgeführten desinfizierenden Flüssigkeiten getränkt sind, und alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind.

12. Abweichungen von den Vorschriften unter Ziffer 1 bis 13 sind zulässig, soweit nach dem Gutachten des beamteten Arztes die Wirkung der Desinfektion gesichert ist.

Über das Verhältnis der Individual- und Sozialhygiene zu den Zielen der generativen Hygiene.

Von Dr. med. W. SCHALLMAYER, Solln bei München.

Wenn hier an Stelle der gegenwärtig meistgebrauchten Bezeichnung „Rassenhygiene" die Benennung „generative Hygiene" gesetzt wird, so geschieht es nicht aus Liebhaberei für Schaffung gleichbedeutender Bezeichnungen und ebensowenig etwa aus puritanischer Abneigung gegen die Bastardverbindung eines deutschen mit einem griechischen Wort. Denn ein allzuspröder Inzuchtgeist scheint mir auch bei der sprachlichen Entwicklung, ähnlich wie bei der generativen, nicht besonders gedeihlich zu wirken, weshalb ich ja auch kein Bedenken trage, das aus dem Griechischen entlehnte Wort Hygiene mit dem Beiwort generativ zu verbinden, das, wenn auch sein Stamm ebensogut griechisch wie lateinisch ist (*γένος*, genus), doch unmittelbar aus dem lateinischen Lehnwort Generationen abgeleitet ist. Sondern die Wahl obiger Bezeichnung entspringt dem sehr dringenden Bedürfnis, die junge Nationaleugenik, deren wissenschaftlicher Aufbau nur mittels vorurteilslosen, durch strenge Selbstkritik geleiteten Suchens nach Erkenntnis gelingen kann und deren praktische Betätigung einen das heutige Niveau überragenden sittlichen Idealismus weiter Bevölkerungskreise voraussetzt, reinzuhalten von der leider sehr beliebten Verquickung mit den wissenschaftlich gar wenig geläuterten Doktrinen und sittlich ganz ungezügelten Motiven und Tendenzen der „Arier"- und „Germanentheorie", deren Verkünder und Nachbeter ihre Vorurteile viel zu sehr lieben, als daß sie fähig oder auch nur geneigt wären, unbefangen und mit unablässiger Selbstkontrolle nach Erkenntnis der Wirklichkeit zu streben. In der Tat machen deren, zur Zeit epidemisch auftretende Schriften auf die Unparteiischen — die Bedingungen für unparteiisches Beobachten dürften wohl auch bei

mir so ziemlich vorhanden sein — fast durchaus den Eindruck, daß sie hauptsächlich nur den Anschein von Wissenschaftlichkeit erstreben, um die von ihnen gehegten und gepflegten naiven Leidenschaften des Rassedünkels und des Rassenhasses mit einem hohes Ansehen verleihenden Gewand auszustatten. Das Ideal einer generativen Volksveredlung ist ein so hohes und begeisterungswürdiges, daß uns die Versuche, seine Kraft und Reinheit durch Liebäugeln mit sinn- und ziellosen „rassenpolitischen" Tendenzen und durch naiv unkritisches Verherrlichen der eigenen Rasse zu schwächen und zu trüben, nicht nur im Stillen mit Bedauern erfüllen müssen, sondern uns auch verpflichten, dieser kompromittierenden und verderblichen Verkoppelung nach Kräften entgegenzutreten. Dieser Verkoppelung wird aber durch die Bezeichnung Rassenhygiene (oder durch den Gebrauch, der von ihr tatsächlich gemacht wird) leider Vorschub geleistet. Jedenfalls läßt das Wort mindestens einen Zweifel darüber zu, ob „Rassen" als pluraler oder singularer Genitiv zu verstehen ist. Erstere Auffassung ist sicher sogar die näherliegende und scheint auch bei manchen einer Herzensneigung besser zu entsprechen. Und obschon die einführenden Worte, mit denen z. B. A. Ploetz sein Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie eröffnete, zweifellos zu der Auffassung berechtigten, daß in diesem Organe Rassenhygiene nichts anderes bedeuten solle als Hygiene der Rasse im entwicklungsbiologischen Sinn und mit Ausschluß der ethnographischen Bedeutung des Wortes Rasse, so wurde doch beispielshalber an meiner „Vererbung und Auslese" gerade in diesem Organ mit möglichst ostentativer Emphase ihr „rassenpolitischer Defekt" gerügt.

Nur wenig wäre gegen die Bezeichnung Rassehygiene einzuwenden, weil hierbei durch den unzweifelhaften Singular von Rasse mindestens andeutungsweise ausgedrückt wäre, daß Rasse hier nicht in der ethnographischen, sondern lediglich in der entwicklungsbiologischen Bedeutung des Wortes aufzufassen sei, wie es einer Rassehygiene entspräche, deren Grundsätze auf jede beliebige Rasse oder Nation, gleichgültig aus welchen Rassenmischungen sie bestehen mag, anwendbar sein sollen. Man wende nicht ein, daß die Weglassung des n in „Rassehygiene" mit den Regeln, die bei der Bildung zusammengesetzter Wörter üblich sind, unvereinbar wäre; denn es gibt ganz analoge Wortverbindungen, die zweifellos gut deutsch sind, wie Rassetier, Ehehälfte usw. Höchstens könnte man einwenden, daß „Rassehygiene" nicht wohllautend sei. Darüber kann man verschiedener Meinung sein, jeden-

falls aber ist dieses Bedenken kein triftiger Grund für die Ablehnung dieser kleinen Modifikation, die eine Zweideutigkeit beseitigen oder doch beschränken würde. Vielmehr dürfte gerade die Doppelsinnigkeit der Bezeichnung Rassenhygiene manchen nur als ein Vorzug erscheinen, eine Anschauung, die unsere Zustimmung nicht haben kann, da dem wissenschaftlichen Interesse eindeutige Bezeichnungen sicher besser dienen.

Völlig frei von dieser Zweideutigkeit wäre die Bezeichnung Vererbungshygiene, und ebenso das von Galton geprägte Wort Eugenik. Bei beiden Benennungen wäre nicht ausschließlich an die sexuelle Auslese, sondern auch an die (für die Gesundheitsbedingungen des Erbplasma sorgende und wirkende) Keimhygiene zu denken, in deren Bereich hauptsächlich die Verhütung von Keimschädigungen (z. B. durch Alkoholismus, Syphilis, Malaria usw.) gehört. Demgemäß definierte Galton[1]) kürzlich Eugenik als „die Wissenschaft, die sich mit allen die angeborenen Qualitäten einer Rasse veredelnden Einflüssen befaßt, einschließlich derer, welche diese angeborenen Qualitäten zur allergünstigsten Entwicklung bringen". Aber beide Bezeichnungen, Vererbungshygiene wie Eugenik, beziehen sich nur auf die Bevölkerungsqualität und lassen die quantitative Bevölkerungspolitik außer Betracht, während in dem Begriff Rassenhygiene, wie z. B. Plötz ihn aufgefaßt haben will, auch die quantitative Bevölkerungspolitik mit eingeschlossen ist, die ja in der Tat neben der qualitativen als ein wichtiger Faktor zur Behauptung im Daseinskampf der Völker, Nationen und, wenn man will, der Rassen[2])

[1]) „Eugenics" im „Sociological Papers", vol. I, London 1905, p. 45.

[2]) Bekanntlich stößt man gegenwärtig außerordentlich häufig auf die Neigung, sowohl den Daseinskampf und die Machtverschiebungen der Staaten als auch die innerhalb derselben sich abspielenden sozialen Kämpfe, wobei es sich im Grunde durchaus nicht um Rassengegensätze, sondern nur um das Machtverhältnis von Staaten zu anderen Staaten oder um politische Vorrechte und wirtschaftliche Vorteile von Ständen, Besitzklassen und anderen Interessentengruppen innerhalb der Staaten handelt, als „Rassenkämpfe" zu betrachten. Dabei muß aber der Wirklichkeit fast immer ganz bedenkenlose Gewalt angetan werden, nicht nur weil zurzeit alle Großstaaten mehr als nur eine Rasse in sich schließen, sondern auch, weil die Rassen, aus denen die für uns in Betracht kommenden Staaten oder gar Stände bestehen, in Wirklichkeit unentwirrbare Rassengemenge mit den mannigfaltigsten Kombinationen von wirklichen oder angeblichen Rassenmerkmalen sind. Infolgedessen ist das fast krampfhafte Bemühen der „Rassentheoretiker", die inter- und intrasozialen Daseinskämpfe als Rassenkämpfe anzusehen und auszugeben, wissenschaftlich aussichtslos, wie es eugenetisch zwecklos ist.

anzusehen ist. Hingegen gestattet offenbar die Bezeichnung generative (oder Fortpflanzungs-) Hygiene nicht minder als „Rassenhygiene“ auch die quantitative Bevölkerungspolitik, die einen wesentlichen Teil der biologischen Politik bildet, in sich einzubegreifen, und auch sonst scheint sie mir einwandfrei zu sein.

Was nun das Verhältnis der generativen Hygiene zur Individual- und Sozialhygiene anlangt, so begegnet man, allen Berichtigungen zum Trotz, immer wieder Autoren, darunter auch solchen von wissenschaftlichem Ansehen, welche meinen und diese Meinung zu verbreiten suchen, daß die Vertreter einer generativen Hygiene mit scheelen Augen auf die Wirksamkeit der Individual- und Sozialhygiene blicken, daß sie deren weitere Entfaltung und insbesondere auch die Ausdehnung des Arbeiterschutzes zu hemmen suchen, oder gar die Einstellung der bisherigen Leistungen der Hygiene und sozialen Fürsorge predigen. Ob es wirklich in dem Neuland nationaler Eugenik so ungeeignete Kolonisatoren gibt oder gab, die engsichtig und fanatisch genug waren, um solchen Anschauungen zu huldigen, kann ich weder bejahen noch verneinen. Meine Literaturkenntnis erstreckt sich auf solche — jedenfalls nicht ernst zu nehmende — Autoren nicht, und merkwürdigerweise vermeiden es die Ankläger der nationaleugenischen Bestrebungen regelmäßig, die Namen und Schriften solcher Fanatiker anzugeben, die nicht nur als existierend, sondern sogar als maßgebend oder ausschließlich vorhanden auf dem Gebiet nationaleugenischer Bestrebungen vorausgesetzt und dargestellt werden. Man zieht es vor, die eugenetische Richtung im allgemeinen in solcher Weise anzuklagen.

So spricht z. B. Chr. v. Ehrenfels in der „Pol.-anthr. Revue“ vom April 1903, S. 57 von „Gegnern der Hygiene“, ganz als ob es wirklich solche gäbe, und frägt: „Sollen wir etwa unsere Stadtväter überreden, zugunsten der Abwehr eines konstitutiven Rückschritts unserer Volkskraft die mit so vielen Kosten erbauten Aquädukte verfallen zu lassen und ihren Kindern wieder das typhusbazillengeschwängerte Grundwasser zu trinken zu geben, an dem unsere Großväter ihren Durst gelöscht? Und sollen wir allen Liebebedürftigen, welche nicht von ihrer Mutter gesäugt, sowie denen, die durch die Zange des Geburtshelfers zur Welt gebracht worden, das Heiraten verbieten?“ Er macht aber keinen von solchen „Gegnern der Hygiene“ namhaft, vermutlich weil er selbst keinen bestimmten weiß, wie ich auch keinen zu nennen wüßte.

Es scheint, daß in ganz ähnlicher Weise, wie sich im gesell-

schaftlichen Leben falsche Gerüchte bilden und Verbreitung erlangen, so auch in der Wissenschaft Legenden entstehen und landläufig werden. Ein Autor produziert eine unrichtige Aussage, vielleicht weil er, wie so viele gelehrte Schriftsteller, gefunden hat, daß das Mißverstehen von Gedanken anderer eine nie versagende Quelle überlegener Polemik und des Genusses gehobenen Selbstgefühles ist, natürlich weit mehr als das — zudem auch mühsamere — richtige Verstehen. Selbst wenn die mißverstandenen Autoren noch leben und hier und da von anderen gelesen werden, hat man ja doch nicht leicht Berichtigungen zu gewärtigen, zumal wenn man die Vorsicht gebraucht, dem Leser nicht etwa durch Nennung der Quellen, aus denen man die passenden Mißverständnisse geschöpft hat, eine Kontrolle anzubieten. Hat nun ein Autor den Popanz, den er mittels solcher vorteilhafter wissenschaftlicher Kunstgriffe sich geschaffen, siegreich geschlagen, so wird von anderen, geistes- und gemütsverwandten Autoren, die ebenfalls gern bequeme Lorbeeren pflücken, jener geschlagene Popanz ungeprüft für Wirklichkeit genommen und zur eigenen und anderer Erbauung aufs neue geschlagen.

Auch die Hygieniker W. Kruse[1]) und M. Gruber[2]) bekämpften (etwa gleichzeitig, ebenfalls im Jahre 1903) die generative Hygiene wegen deren angeblicher Gegnerschaft gegen die Individual- und Sozialhygiene. Kruse trug kein Bedenken, dem „Rassehygieniker“ vorzuwerfen, für ihn „wird die hohe Säuglingssterblichkeit nur ein erfreuliches Zeichen sein dafür, daß die „natürliche Auslese“ in Kraft steht“ (l. c. S. 372). Leider wird wieder kein einziger dieser Unmenschen mit Namen genannt. — Gruber bezeichnet die Darwinisten (er meint die darwinistischen Sozialbiologen) nicht nur schlechthin als „Gegner der Gesundheitspflege“ und sagt ihnen nach, daß sie der Medizin und Hygiene in die Arme greifen möchten, um sie zu verhindern, die weisen Einrichtungen der Natur zu durchkreuzen, sondern wiederholt auch jenen Vorwurf, daß „die Anhänger Darwins die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit als eine segensreiche Einrichtung der Natur“ schätzen, und er fügt wörtlich hinzu: „Vom Rassenstandpunkt aus betrachtet ist es ein ganz törichtes und verwerfliches Vorgehen, wenn die Hygiene diese Schädlichkeiten, die eigentlich Nützlichkeiten sind, zu beseitigen trachtet und dadurch Tausenden und

[1]) „Entartung“, in der Zeitschr. f. Sozialwiss., 1903, Heft 6 u. 7.

[2]) „Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?“ Münch. med. Wochenschr. v. 6. u. 13. Okt. 1903.

Abertausenden von schlechten Exemplaren zur Fortpflanzung verhilft" (l. c. S. 1714). Auch Gruber unterläßt wieder jede Nennung der (wenigstens mir unbekannten) Autoren, die sich etwa für eine entsprechende Einschränkung medizinischer und hygienischer Betätigungen ausgesprochen haben.

Kürzlich reproduzierte auch F. Tönnies[1]) eine derartige Auffassung, und da er dies als Kritiker meiner „Vererbung und Auslese" tat, ohne meine sehr bestimmte gegenteilige Stellungnahme betreffs der praktischen Folgerungen zu erwähnen, so mußten seine Ausführungen jedem Nichtleser meines Buches den Eindruck machen, als ob ich befürworte oder doch wünsche, daß „wir dem auslesenden Tode (in Form starker Kindersterblichkeit) freien Lauf lassen". Eindeutig legte aber auch Tönnies diese mir von jeher fremde Anschauung weder mir noch irgend einem anderen Schriftsteller zur Last; auch er kritisiert diese Richtung streng genommen nur im allgemeinen.

Jedoch ein Fall von wirklicher Namensnennung war damals schon gegeben: Der Hygieniker F. Hueppe[2]) hatte als Referent desselben Buches den Vorwurf geäußert, es sei „unbegreiflich, wie man die moderne Sozialhygiene schon jetzt in einen Gegensatz zur Rassenhygiene der Zukunft bringen kann." Das ist der einzige mir bekannt gewordene Fall, daß eine solche Anklage zu einer bestimmten Person in unzweifelhafte Beziehung gebracht wurde, und er ist charakteristisch für die nahezu unfaßliche Voreiligkeit, mit der manche Autoren urteilen, sowie für die Unbedenklichkeit, mit der sie ein derartiges Urteil auch der Öffentlichkeit verkünden und diese irreführen. Denn ich hatte ja auch in diesem Buch,[3]) wie vorher und nachher, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der internationalen Kräfteverhältnisse, den ungemeinen hohen Wert der bisherigen und der möglichen künftigen Individual- und Sozialhygiene mit größter Eindringlichkeit hervorgehoben und eine viel kräftigere Förderung derselben verlangt, als die gegenwärtige Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens es zuläßt. Und wenn auch hierbei mit Bedauern bemerkt wurde, daß die Hygiene sich bisher nur im Dienst der individuellen und sozialen, nicht auch der generativen Interessen betätigte, und darauf hingewiesen wurde,

---

[1]) „Zur naturwissenschaftl. Gesellschaftslehre", Schmollers Jahrbuch 1905, 1. Heft, S. 69.

[2]) Zeitschr. f. Sozialwiss. 1905, 2. Heft.

[3]) „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker", Jena 1903, S. 344 bis 365 u. 377.

daß diese Einseitigkeit nicht ganz ohne Schaden für die generativen Nationalinteressen war und sein würde, so rechtfertigt doch kein Wort und kein Gedanke des ganzen Buches die Auffassung, daß die darin verlangte generative Hygiene in Gegnerschaft und auf Kosten der Individual- und Sozialhygiene gedacht sei. Dementsprechend bemerkte ich gegen W. Kruse und M. Gruber in einem nur wenige Wochen nach dem Herauskommen des Buches erschienenen Aufsatz [1]), daß es meines Wissens nicht einen einzigen Rassehygieniker gibt, der nicht dagegen protestieren würde, als Gegner der Hygiene bezeichnet zu werden, und fügte hinzu: „Sollte es irgendwo doch einen solchen geben, so hätte m. E. weniger der Hygieniker als vielmehr der Psychiater Anlaß, sich mit ihm zu befassen." Auch in meiner „Auslese" wird nichts anderes gefordert, als daß neben den bis jetzt üblichen hygienischen Gesichtspunkten auch einem bisher ganz vernachlässigten, dem nationaleugenischen, einige Rücksicht und Beachtung zuteil werde.[2])

Man sieht, wie unglaublich weit die Fähigkeit des Mißverstehens und die Macht der Irreführung zuweilen reicht, zumal in Fällen, bei welchen wegen besonderer Umstände die Versuchung, mißzuverstehen, besonders groß ist.[3])

Nun gibt es aber auch Gegner der nationalen Eugenik, die behaupten, daß ihre Vertreter, auch wenn und soweit sie nicht bewußte und ausdrückliche Gegner der Hygiene sind, doch konsequenterweise solche sein müßten. So schreibt z. B. in den „Preußischen Jahrbüchern" vom Mai 1904, S. 343, ein geisteswissenschaftlicher Kritiker meiner „Auslese" kraft seiner stärkeren Logik, die bei ihm leider mit einem merkwürdigen, dem Nullpunkt sehr nahen Tiefstand des Auffassungsvermögens bezüglich der behandelten Probleme verbunden war (vgl. meinen Aufsatz „Zum Einbruch der Naturwissenschaft in das Gebiet der Geisteswissenschaften", Archiv f. Rassen- u. Ges.-Biol. I, 4, S. 590f.): „Hätte Sch. seine Ideen folgerichtig zu Ende gedacht, so müßte er fordern, daß der Kampf der Heilkunde (sic!) gegen die Seuchen

---

[1]) „Selektionstheorie, Hygiene und Entartungsfrage", im Archiv f. Rassen- und Ges.-Biologie I, 1, 1904, S. 54, 70 usw.

[2]) In gleichem Sinn hat sich auch A. Grotjahn wiederholt geäußert, so auch am Schluß seiner Schrift „Soziale Hygiene und Entartungsproblem", 4. Supplementband von Weyls Handbuch der Hygiene, Jena 1904, S. 790.

[3]) Vergl. „Tatsachen und Reflexionen über unser Kritikerwesen" (Anhang meiner „Beiträge zu einer Nationalbiologie", Jena 1905), insbesondere S. 209f., 213f., 247 Fußnote, auch 110, 3. Fußnote.

eingestellt würde." Das ist einer von den vielen, die sich, nur um ein liebes Vorurteil nicht aufgeben zu müssen, gegen bessere Einsicht sträuben, obgleich in diesem Fall nicht nur bequemste Gelegenheit zu solcher gegeben war, sondern die Kritikerpflicht auch gebot, die Gelegenheit zu benützen; denn in dem angegriffenen Buch ist leicht faßlich genug dargelegt, warum die nationaleugenische Praxis durchaus keine Gegnerin der auslesemildernden Individual- und Sozialhygiene zu sein braucht. Die logische wie die moralische Konsequenz in allen Ehren! Aber was solche Logiker unter Konsequenz verstehen, nämlich krampfhaftes Hinstarren auf einen einzigen Punkt, Blindheit für die Zusammenhänge dieses Punktes mit anderen, souveräne Gleichgültigkeit gegen alle anderen Gesichtspunkte und Werte, ausschließliches Geltenlassen des gerade ins Auge gefaßten Wertes, — das ist etwas so eigentümliches, daß man sich für die Eugenik nur freuen kann, wenn ihren Dienern eine solche, nur einer unbeholfenen scholastischen Logik [1]) entspringende „Konsequenz" abgeht, die nichts anderes wäre als ein nur bei abnorm beschränktem Gesichtskreis möglicher und von des Gedankens Blässe nicht angekränkelter Fanatismus.

Welches ist nun in Wirklichkeit das Verhältnis zwischen den nach Anerkennung ringenden generativen und den bisher schon anerkannten individualistischen und sozialdienstlichen Zielen der Hygiene?

Im Vorausgehenden wurde schon angedeutet, daß in einer Hinsicht, wenigstens bedingungsweise, in der Tat ein Konflikt besteht. Er besteht darin, daß durch die Wirksamkeit der Individual- und Sozialhygiene die Schärfe der natürlichen (oder Vital-) Auslese gemildert wird, so daß auch solche Personen, die mit ererbten und sonst vererbbaren Schwächen in bezug auf die sanitäre Tüchtigkeit ihrer Konstitution behaftet sind, existenzfähig bleiben. Soweit nun dieser Ausfall oder Nachlaß der Vitalauslese nicht sonst irgendwie eine Ausgleichung erfährt, schafft die Individual- und Sozialhygiene, je erfolgreicher ihre Wirksamkeit sich entwickelt, desto vollkommener die Bedingungen der „Panmixie", die bei längerer Dauer unvermeidlich ein Sinken des Durchschnitts der erblichen Konstitutionskraft der die Segnungen der Hygiene genießenden Bevölkerung zur Folge haben würde.

[1]) Über die Unzulänglichkeit der formalen Schullogik zur Erfassung komplizierter Zusammenhänge vergl. meine Ausführungen in Schmollers Jahrbuch, 1906, II, S. 440f. („Selektive Gesichtspunkte zur generativen und kulturellen Völkerentwicklung.")

Aber die Vitalauslese kann durch die geschlechtliche oder Keimauslese nicht nur vollständig ersetzt werden, sondern letztere ist sogar unvergleichlich leistungsfähiger als erstere. Nur die Fortpflanzung, nicht die persönliche Erhaltung der erblich Schwachen schädigt das nationaleugenische Interesse. Die Rücksicht auf dieses verlangt also nicht, daß wir der natürlichen Vitalauslese freien Lauf lassen oder sie gar möglichst verschärfen; sie verlangt nur, daß die Begünstigungen, welche die Hygiene und Humanität dysgenetischen Individuen zuwenden, sich auf die Personen beschränke und nicht auch auf deren Fortpflanzung erstrecke, d. i. auf deren Keime. Es ist also vom Standpunkt nationaler Eugenik nichts dagegen einzuwenden, daß kranken und schwächlichen Personen, Krüppeln, Schwachsinnigen usw. das Leben in jeder Weise erleichtert und verlängert werde, und zwar nicht nur in den Fällen, wo aus dem sanitären Defekt nicht auf Untüchtigkeit der Keim- oder Erbsubstanz geschlossen werden kann, sondern auch in allen übrigen, d. h. auch da, wo auch das Erbplasma als untüchtig betrachtet wird, sei es, daß dessen Untüchtigkeit und Fortpflanzungsunwürdigkeit schon ererbt oder daß sie erst persönlich erworben wurde, z. B. durch Alkoholismus, Syphilis, Malaria usw. Nicht das nationaleugenische, sondern nur das sozialdienstliche Interesse hat also die Grenze für die Ausdehnung humanitärer Bestrebungen zu bestimmen. Sobald nur die nötige Rücksicht auf die (nur keimauslesende, nicht personenvernichtende) sexuelle Zuchtwahl geübt wird, was ja nicht notwendig staatlichen Zwang voraussetzt, sondern unter Umständen allein durch Schaffung geeigneter sittlicher und egoistischer Motive erreichbar ist, insbesondere solcher, die dem zugkräftigen wirtschaftlichen Interesse und dem nicht minder starken Geltungsstreben des Menschen entsprießen, kann jeder Anwalt nationaleugenischer Interessen nicht nur z. B. die Errichtung zahlreicher Volksheilstätten für Tuberkulöse getrost billigen, sondern hierbei — unter sozialen und individualistischen Gesichtspunkten, aber ohne Inkonsequenz und ohne Untreue gegen sein nationaleugenisches Ideal — sogar Bedauern darüber empfinden, daß mit den für diese Volksheilstätten so reichlich aufgewandten Mitteln nicht mehr Dauererfolge erzielt werden.

Für das nationaleugenische Interesse kommt es also nur auf die Entwicklung oder Nichtentwicklung von Keimen, d. h. auf deren Auslese zur Fortpflanzung an, es verlangt nur, daß die Entwicklung oder Fortpflanzung solcher Keime, die als untüchtig er-

kannt sind, auf keine Weise begünstigt werde. Die „natürliche Auslese" hingegen ist Vitalauslese, sie bezieht sich auf Leben und Tod der Keimträger, also der Personen.

In der Natur wird die Keimauslese hauptsächlich durch Vitalauslese bewirkt, d. h. die vorzeitige Vernichtung mißratener und unterdurchschnittlich geratener Individuen, sowie auch solcher, deren Keimplasma zugleich mit dem Soma unter Einflüssen des individuellen Lebens untüchtig wurde, ist das hauptsächlichste Mittel, ihre Fortpflanzung und Vermehrung zu verhindern. Beim Menschen aber ist eine sehr weitgehende Unabhängigkeit zwischen der Personal- und der Keimausmerzung, bzw. -erhaltung möglich. Teils direkt, durch sozialsuggestive Einführung des nationaleugenischen Ideals, teils indirekt, durch entsprechende soziale Einrichtungen,[1]) können Menschen einerseits zu vermehrter Fortpflanzung, andererseits zum Verzicht auf Fortpflanzung oder Einschränkung derselben veranlaßt werden.

Weitaus zum größten Teil jedoch befinden sich die individual- und sozialdienstlichen Funktionen der Hygiene schon an und für sich in keiner Weise in Konflikt mit der nationaleugenischen Hygiene, und in mancher Hinsicht gehen sie Hand in Hand, soweit nämlich die generative Hygiene, spezieller die Nationaleugenik, nicht auf Keimauslese, sondern auf Keimpflege und -behütung, d. h. auf Verhinderung von Keimvergiftungen und sonstiger Keimschädigungen, gerichtet ist. Der Keimbehütung dient unter anderem die Einschränkung oder Beseitigung der Geschlechtskrankheiten,[2]) der Malaria und ganz besonders des Alkoholismus sowie aller direkt keimschädigenden Einflüsse. Da alle diese zugleich die Keimträger, die Personen, schädigen, so sind auf allen diesen Gebieten die Ziele der generativen Hygiene fast identisch mit denen der sozialen und individualistischen Hygiene.

Das Verhältnis der erstrebten generativen Hygiene zu den Zielen der heutigen Hygiene ist also weit davon entfernt, von der Art zu sein, daß man nur die Wahl zwischen der einen und der anderen hätte und nicht ein Freund beider sein könnte; und auch in den Punkten, in denen das nationaleugenische Interesse durch individual- und sozialhygienische Erfolge (bedingungsweise) ge-

[1]) Vergl. meine diesbezüglichen Erörterungen in „Vererbung und Auslese" S. 326—365 und in „Nationalbiologie", S. 74—99.

[2]) Vergl. meinen Aufsatz „Infektion als Morgengabe" in der Zeitschrift f. Bekämpf. der Geschlechtskrankh., Bd. II, Heft 10.

schädigt erscheint, ist der Konflikt, wie ausgeführt, kein unlöslicher oder schwerlöslicher, obgleich die Lösung zurzeit noch der Verwirklichung harrt. Sie besteht in ausgleichender Rücksichtnahme auf nationaleugenische Keimauslese oder geschlechtliche Zuchtwahl. Einstweilen, bis zur Verwirklichung dieser Lösung, verlangen die Anwälte des generativen Nationalinteresses nichts weiter, als daß man letzteres wenigstens sehe und soweit berücksichtige, als es ohne Opferung individualistischer und sozialer Interessen geschehen kann.

Zunächst ist also danach zu trachten, daß das nationaleugenische Interesse mehr als bisher wenigstens in das Bewußtsein der Gebildeten und allmählich auch weiterer Volkskreise einrücke und zugleich die Kenntnis dessen, was dem nationaleugenischen oder, weiter gefaßt, dem generativen Interesse entspricht und was nicht, sich ausbreite. Gegenwärtig ist ja dieses Interesse sogar dem Gesichtskreis der meisten Gebildeten noch fremd, und bis vor kurzem war das sogar ganz allgemein so. Für etwas, was unbekannt war, konnte sich das Volksgefühl natürlich nicht erwärmen.

Es könnte kaum etwas geeigneter sein, den Sinn für individuelle und nationale Eugenik zu wecken und zu nähren als die offizielle Einführung erbbiologischer Beschreibungen für jede einzelne Person, ungefähr von der Art, wie ich sie in einer früheren Schrift vorgeschlagen habe.[1])

Diese Einrichtung hätte auch sonst eine der wichtigsten Vorbedingungen für eine ersprießliche nationale Eugenik zu erfüllen und müßte sich zu diesem Behufe auf die gesamte Bevölkerung erstrecken. So schätzenswert private Veranstaltungen dieser Art sein mögen, so ist doch eine allgemeine Verbreitung solcher erbbiologischer Porträtierung sowie auch der für die nationalbiologischen Ziele erforderliche Grad von Zuverlässigkeit nur dadurch zu erreichen, daß der Staat die Sache in die Hand nimmt. Die gedachten Vererbungsurkunden („Erbpersonalien“ oder wie man diese Dokumente sonst nennen möchte) würden erstens über direkt feststellbare wichtigere Erbqualitäten jeder einzelnen Person, zweitens über solche Tatsachen aus deren Lebenslauf, die zur indirekten Erkenntnis der zu erforschenden Erbanlagen geeignet erscheinen, Angaben enthalten, und zwar nicht nur bezüglich der

---

[1]) „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturvölker“, Neuwied und Berlin 1891.

sanitären Konstitution, sondern auch bezüglich der verschiedenartigen intellektuellen, technischen usw. Begabungen, des Temperaments, des Charakters usw. Bezüglich der sanitären und der sonstigen leiblichen Qualitäten wären die Eintragungen durch staatlich bestellte Ärzte vorzunehmen,[1]) bezüglich der psychischen bei der Jugend durch deren Lehrer, im späteren Leben teils durch andere zuständige (vorgesetzte oder nicht vorgesetzte) Staats- oder Gemeindebeamte, teils durch geeignet erscheinende private Beurteiler, die hierzu offiziell beauftragt würden. Alle diese Eintragungen müßten den Schutz öffentlicher Urkunden genießen.

Je länger diese Einrichtung bestünde, desto zuverlässigere Schätzungen der Erbqualitäten jeder einzelnen Person würden möglich, und desto richtiger ließe sich für die Familie und für die Nation vorausermessen, was für Nachkommen aus der generativen Verbindung zweier bestimmter Personen zu erwarten sind, und zwar nicht nur in Hinsicht auf die nächste Generation, d. h. auf die Kinder, sondern auch hinsichtlich der nachfolgenden Generationen. — Außerdem würde auch die Vererbungswissenschaft im allgemeinen durch das so gewonnene Erfahrungsmaterial außerordentlich bereichert und gefördert.

Der Wert einer solchen Einrichtung wäre m. E. so groß, daß er selbst schwere Opfer rechtfertigen und die Überwindung der größten Hindernisse lohnen würde. Schwere Hindernisse sind ihr in der Tat im Wege, aber sie bestehen nur in der üblichen Schwerbeweglichkeit des Denkens und Wollens, vor allem bei den Personen, auf deren Einsicht und Energie es ankäme; denn diese maßgebenden Köpfe gehören leider zu den meistgeplagten und darum müdesten.

---

[1]) In dem erwähnten Schriftchen von 1891 ist hierbei die Verstaatlichung des ärztlichen Standes vorausgesetzt, der wir uns zwar mehr und mehr nähern, deren völlige Verwirklichung aber noch recht lange auf sich warten lassen dürfte. Zweifellos würde ein Ärztestand, der vom Publikum nicht abhängiger wäre, als es z. B. die Geistlichen, die Richter usw. sind, ein besonders günstiger Faktor für die in Rede stehende Einrichtung sein, aber eine unbedingt notwendige Voraussetzung derselben ist das nicht. Den Eindruck, daß wir uns einer Verstaatlichung des ärztlichen Berufes stark nähern, bestärken u. a. die Vorschläge Mayet's und Lennhoff's zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze und ganz besonders Schreber's schriftliche Ausführungen zur Diskussion über diese Vorschläge (Verh. der Ges. f. soz. Medizin usw. v. 17. Mai 1906, veröffentlicht in der „Mediz. Reform“ vom 7. Juni 1906, S. 281 f.). Sollen doch nach Schreber von den jetzt vorhandenen 30000 deutschen Ärzten 25000 staatlich besoldete „Bezirksärzte“ werden. Auch seine Vorschläge betrefts Einführung und Verwendung von „Krankenbüchern“ sind meinen in dem genannten Schriftchen von 1891 S. 25 f. vorgeschlagenen „Krankenpaßkarten“ recht nahe verwandt.

In solcher Verfassung hat niemand Lust, Schwierigkeiten auf sich zu nehmen und zu überwinden, die man sich ersparen kann, wenn man den unbegangenen Pfad unbegangen sein läßt. Sobald einmal die Erkenntnis des unschätzbar hohen Wertes der empfohlenen Einrichtung und ein diesem Wert entsprechender kräftiger Wille bei den maßgebenden Stellen Platz gegriffen haben wird, werden sie keinen allzugroßen Aufwand an Zeit und Geduld zu vorbereitenden Schritten nötig haben, um das Projekt der Verwirklichung entgegenzuführen.

Natürlich könnte die Einrichtung nicht sofort, nachdem sie einmal ins Leben getreten sein würde, die Früchte tragen, um derentwegen sie gegründet werden soll, nämlich möglichst zuverlässige Kenntnis der Keim- und Erbeigenschaften jeder einzelnen Person und Bereicherung der Vererbungswissenschaft. Aber als eine früher reifende Frucht oder Vorfrucht wäre, wie gesagt, die Verbreitung des Sinnes und Interesses für nationale und Familieneugenik zu erwarten. Eine sehr kostbare Frucht! Denn die kühle Erkenntnis nationaleugenischer Erfordernisse für sich allein würde nicht die Kraft haben, den generativen und speziell eugenischen Nationaldienst so in die Praxis einzuführen, daß seinen — für jede Nation lebenswichtigen[1]) — Erfordernissen Genüge geschähe. Offenbar würde nun die allgemeine Einführung von Vererbungsurkunden die Nebenwirkung haben, die Aufmerksamkeit aller Schichten der Bevölkerung unablässig auf die generativen Erbwerte hinzulenken und so nicht nur die Erkenntnis, daß die Familie und die Nation bedeutungsvolle eugenische Interessen haben, allmählich zum Gemeingut aller machen, sondern (mittels derselben Aufmerksamkeit) auch die Entstehung eines eugenischen Gewissens in allen Bevölkerungsschichten einleiten, vielleicht zunächst vorwiegend in jugendlicheren Gemütern, die ja geneigt sind, ihnen einmal geläufig gewordene Ideen mit lebenswarmen Gefühlstönen auszustatten. Außerdem müßte aber auch die Pädagogik sowie alle dem Staat und der Gesellschaft sonst noch zur Verfügung stehenden Suggestionsapparate zugunsten des nationaleugenischen Ideals zuhilfe gezogen werden, um eine weithin wirksame generative Ethik zur Wahrung der generativen Interessen der Nation zu schaffen.

---

[1]) Ist eingehend behandelt in meinem Aufsatz „Kultur und Entartung“ in der Monatschrift „Soziale Medizin und Hygiene“, Bd. I, Heft 9 u. 10, Hamburg 1906.

Der erste internationale Kongreß für Gewerbekrankheiten.

Mailand 9.—14. Juni 1906.

Bericht von Dr. Ludwig Teleky, Wien.

Als in den Zeitungen die Nachricht auftauchte, daß im Sommer dieses Jahres in Mailand ein internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten stattfinden sollte, da wurde diese Nachricht von den meisten, die sich mit diesem Wissensgebiete beschäftigen, mit einer gewissen Genugtuung aufgenommen, als ein Zeichen, daß man doch endlich daran gehe, die Lehre von den Gewerbekrankheiten, ihrer Erforschung und ihrer Verhütung als ein selbständiges Spezialfach anzuerkennen, eine Anerkennung, die ihr ja auf den großen internationalen medizinischen Kongressen bisher versagt blieb.

Und doch verdient sie mehr als manch anderes Spezialfach diese Anerkennung. Erfordert sie doch neben der Beherrschung der klinischen Untersuchungsmethoden, die sie aus den verschiedenen klinischen Fächern entlehnen muß, auch noch eine genaue Kenntnis der technischen Vorgänge bei den mannigfachsten Produktionszweigen, eine genaue Kenntnis der sozialen Gesetzgebung verschiedener Länder und außerdem noch eine gründliche Kenntnis der Gewerbehygiene.

In die Freude darüber, daß eine Gruppe italienischer Gelehrten den Mut gehabt hatte, die Initiative zu einem solchen Kongresse zu ergreifen, mischte sich aber bald eine gewisse Besorgnis, ob dieser erste Versuch eines internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten auch glücken werde; und wir wollen gerne gestehen, daß unsere Erwartungen recht niedrig gestimmt waren, da weder in der medizinischen Presse noch auch sonst von einer regen Propaganda für Beschickung des Kongresses etwas zu merken war. Wir fürchteten, daß es ein Miniaturkongreß sein werde, ohne regen Arbeitseifer, und waren schon darauf gefaßt, daß schließlich es einer jener Dutzendkongresse sein werde, wie sie anläßlich der Mailänder Ausstellung in großer Anzahl veranstaltet wurden.

Alle diese Befürchtungen aber erwiesen sich als unbegründet: ja — alle frohen Erwartungen, die wir an den Kongreß geknüpft hatten, wurden weit übertroffen. Nicht nur die Größe und Mannigfaltigkeit des bewältigten Arbeitsquantums, sondern auch das hohe wissenschaftliche Niveau der Vorträge hat alle Teilnehmer auf das höchste befriedigt, und wohl jeder hat von dem Kongreß neues Wissen und reiche Anregung mit nach Hause gebracht.

Der Kongreß war ein Arbeitskongreß; es fehlte ihm alles jenes überflüssige

Beiwerk, das gar häufig die ernste Arbeit der Kongresse zu erdrücken droht. Ein Empfang im Rathause, ein Konzert in der Skala und eine gesellige Zusammenkunft der auswärtigen Kongreßmitglieder das war alles, was an Vergnügungen geboten wurde — aber alle Tage des Kongresses wurde fleißig gearbeitet; täglich vom 9.—14. Juni war von 9—12 und (mit Ausnahme vom Sonntag) von $^1/_2$3 bis $^1/_2$6 Sitzung, an einigen Tagen wurde in zwei Sektionen verhandelt.

Diesem Charakter eines Arbeitskongresses entsprach auch die ganze Zusammensetzung der Teilnehmer. Jene Kongreßbummler, für die der Kongreß nicht Selbstzweck, sondern nur Anlaß zu einer Vergnügungreise ist, waren kaum zu sehen. Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer waren italienische Ärzte, die Professoren der benachbarten Universitäten, darunter die glänzendsten Namen italienischer Wissenschaft: Celli, Grassi, Giglioli, Biondi, Pieraccini, der ein dickleibiges Buch über Gewerbekrankheiten geschrieben und der der eifrigste und temperamentvollste Debatter des Kongresses war, ferner Devoto, der Generalsekretär des Kongresses, für den in Mailand eine eigene Spitalabteilung für Gewerbekrankheiten gegenwärtig gebaut wird.

Ferner der greise Vorsitzende des Kongresses: de Christoforis, die Sekretäre Vigano, Carozzi, Veratti, Camperio. Dann beteiligten sich aufs eifrigste an den Diskussionen des Kongresses: Treves, Menozzi, Petrini, Allevi (Mailand), Barruano (Girgenti). Die Ausländer waren nur in geringer Zahl vertreten, aber jeder der herkam, führte der innere Beruf, führte ein spezielles Interesse.

Eine der interessantesten Gestalten des Kongresses war Glibert, der Chef der ärztlichen Gewerbeinspektion Belgiens, der in seiner auf dem Kontinente ganz einzigen Stellung die reichsten Erfahrungen auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten und der Gewerbehygiene gesammelt hat. Die französische Regierung war durch Prof. Langlois aus Paris vertreten. Bayern hatte den — wie wir glauben — einzigen Professor der Gewerbehygiene, der an einer deutschen Universität doziert, Dr. Martin Hahn aus München entsandt. Aus Berlin war Dr. E. J. Neisser, als Vertreter der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, anwesend, ferner von Deutschen noch Dr. Hugo Bruns, Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen, der durch seine Arbeiten über die Wurmkrankheit bekannt ist und Dr. Max Lean (d. z. Florenz).

Aus der Schweiz war Prof. Roth, Professor der Gewerbehygiene am Züricher Polytechnikum anwesend, aus Schweden Dr. Blaclund, aus Canada Prof. Oldright; aus Österreich Dr. Herrmann von Schrötter jun., Dr. Costantino, Stadtphysikus von Triest, Dr. Rambousek, Arzt der Seebehörde in Triest und Referent, der Spezialarzt für Gewerbekrankheiten beim Verband der Genossenschaftskrankenkassen und der Allg. Arbeiterkrankenkasse in Wien ist.

Das kaiserliche Reichsgesundheitsamt sowie die österreichische Regierung haben es leider unterlassen, Vertreter zu entsenden. Ein Vertreter des italienischen Ministeriums für Ackerbau, Industrie und Handel wohnte der Eröffnungs- sowie den meisten folgenden Sitzungen bei, auch ließ dieses Ministerium den Kongreßmitgliedern eine fast 500 Seiten umfassende Denkschrift über die Krankenversicherung in Deutschland (1885—1902) überreichen. Italien besitzt, trotzdem die Verhandlungen hierüber seit ca. 14 Jahren geführt werden, noch keine obligatorische Krankenversicherung.

Über die wichtigsten der auf der Tagesordnung stehenden Punkte wurden vom Kongreß Resolutionen gefaßt. Die Beschließung dieser Resolutionen — die

auf einem theoretisch-wissenschaftlichen Kongreß ja kaum am Platze wären — ist wohl schon allein dadurch gerechtfertigt, daß der Kongreß sich fast ausschließlich mit praktischen Fragen beschäftigte; eine erhöhte Bedeutung aber und eine ganz besonderer Wert kam der Abfassung und Beschließung der Resolutionen deshalb zu, weil ja der Kongreß in einem Lande tagte, das in bezug auf Arbeiterschutz sehr rückständig ist, und die Beschlüsse der Kongresse werden gewiß ein wertvolles Agitationsmittel für alle jene bilden, die in Italien für Einführung modernen Arbeiterschutzes kämpfen.

Der Kongreß, der in der Villa Reale tagte, wurde am 9. Juni 11 Uhr vormittags bei Anwesenheit von ca. 300 Personen eröffnet.

Senator Malachia de Cristoforis begrüßte den Kongreß mit einer schwungvollen feurigen Rede: er wies auf den Italiener Ramazzini hin, der als erster ein Werk über Gewerbekrankheiten geschrieben, auf die vielen, die seitdem in den verschiedensten Ländern gearbeitet. Dann zählt er alle die vielgestaltigen Krankheiten und Leiden auf, die durch die mannigfachen Berufe verursacht werden, und schließt mit gewaltigem Pathos, indem er seinen Gruß allen jenen zahllosen Opfern ihres Berufes entbietet, deren Leiden zu erforschen, denen zu helfen die Aufgabe des Kongresses ist.

Nach ihm sprach der Vertreter der Regierung Sanarelli, der mit einer für uns bei einem Regierungsvertreter ganz ungewohnten Radikalismus für soziale Reformen und Besserung des Loses der Arbeiter eintrat. Nach ihm sprachen die Vertreter der verschiedenen Nationen, Glibert, Hahn und von Schrötter.

Die ersten Sitzungen waren Fragen allgemeiner Natur gewidmet.

Als erster sprach Prof. de Giovanni (Padua) über „Individualität und gewerbliche Erkrankung". Er wies darauf hin, wie ja von den zahlreichen Arbeitern, die irgend einer bestimmten Schädlichkeit ausgesetzt sind, stets nur ein Teil erkranke, und bezeichnete es als eine der wichtigsten Aufgaben der Wissenschaft zu erforschen, welche individuelle physiologische Varietät oder welcher morphologische Typus den Schädlichkeiten irgend einer bestimmten Arbeit am besten gewachsen sei. Durch derartige Forschungen werde es am besten möglich sein, die Grundlage für eine Verhütung der gewerblichen Erkrankungen zu schaffen. Es werde dann möglich sein, die Art und Schwere der Arbeit der individuellen Veranlagung anzupassen.

So interessant und wichtig diese seine Ausführungen auch waren, so ist Vortragender mit seinem Prinzip des Individualisierens leider auch noch in der Diskussion über mehrere weitere Punkte der Tagesordnung hervorgetreten und hat, da er es gegen die geforderte Erlassung mancher allgemeiner Schutzmaßregeln geltend machen wollte, lebhaften Widerspruch herausgefordert.

Die Verhandlungen über die **Nachtarbeit** wurden eingeleitet durch ein ausführliches Referat des Dr. Carozzi (Mailand), in dem er über die gesetzliche Beschränkung der Nachtarbeit in den einzelnen Ländern berichtete, um dann die verschiedenen schädlichen Momente der Nachtarbeit darzulegen, ihre Einwirkung auf die einzelnen Organe zu besprechen und auch die große Zahl der Unfälle, die gerade in den späteren Abendstunden und Nachtstunden sich ereignen hinzuweisen. Gardenghi (Parma) berichtet über Blutveränderung bei Tieren, die durch längere Zeit dem Tageslicht entzogen waren. Es entwickelte sich dann eine lebhafte Diskussion an der sich 22 Redner beteiligten: Hahn (München) wies darauf hin, daß die Wirkung des Lichtmangels sich auch bei Nordpolfahrern und bei Deutschen, die den nordischen Winter in Hammerfest zubringen, geltend mache und schwere

Erscheinungen von Anämie und Nervosität hervorbringe, und betont die Notwendigkeit, bei Anlage von Arbeiterhäusern dafür zu sorgen, daß den Nachtarbeitern bei Tag ein ruhiges Zimmer zum Schlafen zur Verfügung stehe. Er betonte den Einfluß der Atmung auf den Hämoglobingehalt des Blutes. Die Atmung selbst aber wird beeinflußt durch Licht, Luftverunreinigung usw. Schrötter (Wien) berichtet, wie im Luftballon der gesteigerte Lichtreiz eine erhöhte Sauerstoffaufnahme bewirke.

Frau Majno (Mailand) trat mit Feuer für ein unbedingtes Verbot der Nachtarbeit für Kinder ein. Schließlich wurde eine Resolution einstimmig angenommen, für die sich vor allem Pieraccini eingesetzt hatte. Sie erklärt die Nachtarbeit für antiphysiologisch, verlangt ihr absolutes Verbot für Frauen und jugendliche Arbeiter und ihre möglichst weitgehende Beschränkung auch bei erwachsenen männlichen Arbeitern.

Albertoni (Bologna) sprach (im eigenen und Rossi Namen) über das Gleichgewicht zwischen **Nahrungsaufnahme** und Arbeitsleistung und wies darauf hin, daß die arbeitende Bevölkerung Italiens in der Regel zu wenig Fett und Eiweißsubstanzen konsumiere. An der Diskussion beteiligten sich Giglioli, Rossoni (Rom), Treves (Turin) und Pieraccini (Florenz), welch letzterer auf die schlechten Ernährungsverhältnisse der italienischen Arbeiterschaft hinwies. Brucera tritt für Errichtung von Haushaltungsschulen ein.

Am folgenden Vormittag (10. Juni) sprach als erster in hochinteressanter Weise Pieraccinis (Florenz) (auch im Namen Maffeis) über die **Produktionskurve** körperlich und geistig Arbeitender. Sie untersuchten die Arbeitsleistung einer Anzahl Arbeiter verschiedener Berufe in den einzelnen Arbeitsstunden. Die zweite Arbeitsstunde des Tages ist die Zeit größter Produktivität, die letzten Arbeitsstunden lieferten stets die geringste Produktion. Lange Pausen hatte nicht immer den Erfolg, die Arbeitsleistung zu erhöhen; während kürzere Pausen einen günstigeren Erfolg zu haben schienen.

Untersuchungen über die geistige Ermüdung wurden an 1100 Schulkindern angestellt und auch hier zeigte die Ermüdungskurve einen ähnlichen Verlauf, wie die der körperlichen Ermüdung.

Casarini (Modena) hat mittels des Ergographen von Mosso und Patrizi die Muskelerregbarkeit an der oberen und unteren Extremität und ihre Beeinflussung durch berufliche Tätigkeit studiert.

Über den Vortrag Pieracinis und die damit zusammenhängende Frage der **Arbeitszeit** und ihre gesetzliche Beschränkung entwickelte sich eine lebhafte Diskussion. Petrini (Mailand) tritt für den Achtstundentag ein; er, Treves u. a. sprachen sich für eine gesetzliche Beschränkung der Arbeitszeit auch der erwachsenen männlichen Arbeiter aus und verlangten eine internationale Regelung dieser Frage. Hahn trat für gesetzliche Regelung der Arbeitszeit der Kinder und Frauen ein, wies aber auf die Unmöglichkeit hin, auf wissenschaftlicher Grundlage anzugeben, wie viele Stunden der Arbeitstag dauern solle. Teleky sprach gegen eine internationale Regelung dieser Fragen, da dabei stets das sozialpolitisch rückständigste Land die übrigen auf ein tiefes Niveau herabziehen werde. Jedes Land solle für sich allein vorgehen und gesetzlich einen Maximalarbeitstag auch für Erwachsene bestimmen. Österreich habe den gesetzlichen Maximalarbeitstag von 11 Stunden, der aber durch die Praxis bereits überholt sei. Schließlich wurde die auch von Pieraccini aufs wärmste vertretene Resolution angenommen, die das Studium der Frage der Maximalarbeitszeit durch einen zu diesem Zweck einzuberufende internationale Konferenz verlangt.

Chrisafulli (Como) legte ein Referat über Geisteskrankheit und Verbrechen in Beziehung zu gewissen Arbeiterverhältnissen vor, wobei er auch auf die Folgen hinwies, die Ueberarbeit und gewerbliche Vergiftungen auf den Nachwuchs der Arbeiterschaft haben.

Dann sprach H. v. Schrötter über die **Taucherlähmung** und ihre Verhütung. Er sprach unter Vorzeigung von Präparaten kurz über die Pathogenese der Taucherkrankheit — über das Freiwerden von unter hohem Druck absorbierten Gasen, besonders des Stickstoffs — und dann ausführlich über die Prophylaxe. Neben der langsamen Dekompression hat sich hier — wenn auch nur in gewissen Grenzen — die Einatmung von Sauerstoff bewährt. Leider ist die Anwendung von Sauerstoff von hoher Spannung nicht möglich, weil dieser deletäre Wirkungen auf den Organismus ausübt; und muß man sich deshalb auf die präventive Verwendung des Sauerstoffs, d. h. seine Einatmung unmittelbar nach einer zu rasch erfolgten Dekompression beschränken.

Nachdem noch Glibert und Langlois im ähnlichen Sinne wie Schrötter gesprochen hatten, hielt Giglioli (Florenz) einen interessanten Vortrag über die Erkrankungen derer, die in komprimierter Luft arbeiten, und Tanoni (Genua) berichtete über seine Versuche, die er mit dem Ergographen über die Muskelermüdbarkeit in komprimierter Luft angestellt hatte.

Daraufhin beschloß der Kongreß, daß Schrötter, Glibert, Langlois und Giglioli eine Resolution ausarbeiten sollten, die geeignet sei eine Basis für gesetzliche Vorschriften zum Schutze der Taucher zubilden.

Am nächsten Tage, Montag den 10. Juni tagte der Kongreß vormittags in zwei Sektionen. In der 1. Sektion sprach Tullio (in seinem und Albertonis Namen) über **Kräfteersatz** bei Strapazen, diese letzteren gehören in das Gebiet der Patologie, während die Ermüdung eine physiologische Erscheinung sei. Während die Wirkung acuter Überarbeit auf den Stoffwechsel genau studiert sei, sei die noch verderblichere Wirkung der dauernden Überarbeit (verbunden mit Unterernährung) von der Wissenschaft noch nicht genügend studiert worden. Er fordert den Erlaß hygienischer Vorschriften und die Einführung ärztlicher Gewerbeinspektoren nach englischem Muster.

Seinem Vortrage folgte ein Vortrag Lussanas (den er ebenfalls gemeinsam mit Albertoni ausgearbeitet hatte) über **Alkohol** und **Muskelarbeit**. Sie kommen zu dem Schlusse, daß der Alkohol auf die Arbeitsleistung der Muskulatur schlecht einwirke, weil auf eine flüchtige, leichte Steigerung der Muskelkraft eine langanhaltende, stärkere Schwächung folge. Besonders für Arbeiter, die bei niederer Außentemperatur zu arbeiten haben, sei er verderblich — aber in mäßiger Menge und während der Mahlzeit genommen wirke er günstig, weil er eiweißsparend wirke, die in ihm enthaltenen Kalorien ohne nennenswerte Verdauungsarbeit abgebe und ein Gefühl subjektiven Wohlbefindens hervorrufe, das es ermöglicht, die Mühsal des Alltags zu ertragen.

Daran schloß sich ein Vortrag Casarinis, der mit dem Ergographen die Wirkung des Alkohols auf die Muskelenergie studiert hat und auf kleine Dosen eine Erhöhung, auf größere eine Verminderung derselben feststellen konnte; die unteren Ertremitäten werden in beiden Fällen mehr beeinflußt als die oberen.

An diese Vorträge schloß sich eine langdauernde und lebhafte Diskussion, an der sich eine große Anzahl italienischer Redner beteiligte. Pieraccini und Treves sprachen über das Zusammenwirken von Alkohol und gewerblichen Vergiftungen und darüber wie jener die Disposition für die letzteren erhöhe. Nach

langer und lebhafter Debatte wurden mehrere Resolutionen eingebracht und schließlich gelangte mit einer geringen Majorität, die von Monti (Pavia) zur Annahme, die den Alkohol für überflüssig, in kleinen Dosen zwar für unschädlich erklärt, aber seinen Ersatz durch Zucker, Kaffee und Tee fordert.

Wir wollen hier übrigens bemerken, daß für Italien, oder wenigstens für Oberitalien der Alkoholfrage keineswegs jene Bedeutung zukommt wie bei uns; die Bevölkerung ist sehr mäßig, Alkoholismus kommt verhältnismäßig selten vor. Alkoholfreie Getränke (Fruchtsäfte) erfreuen sich großer Beliebtheit.

Nach Beendigung dieser Diskussion sprach der Marinearzt Belli (Venedig) über die Arbeiten bei hoher Temperatur, vor allem über die Verhältnisse, unter denen die **Schiffsheizer** arbeiten müssen; die mittlere Temperatur ihres Arbeitsraums beträgt 40°, steigt aber selbst bis 70° an.

Petrini (Mailand) wies auf die Notwendigkeit hin, eine kurze Arbeitszeit für diese Arbeiter einzuführen. Hahn betont die Notwendigkeit einer internationalen Regelung dieser Frage, da die Schiffe sehr häufig Heizer einer fremden Nation an Bord nehmen. Gatti spricht über die Erfahrungen, die er bei Fabriksheizern gemacht, ebenso andere Redner. Oldright (Canada) erwähnt Fälle von Geistesstörung und Selbstmord bei Schiffsheizern. Neißer betont den Unterschied, der zwischen den Verhältnissen der Schiffsheizer und der Fabriksheizer besteht.

Dann erzählt Mircoli (Genua), daß er häufig bei noch jugendlichen Schiffsheizern Erweiterungen der Aorta beobachtet habe, die manchmal mit Veränderungen des Myokards und mit Klappenfehlern kombiniert waren.

Zum Schlusse der Sitzung berichtete noch Gardenghi über die Versuche die er an Tieren angestellt, und die ergeben haben, daß, wenn die Einatmungsluft auch nur die allerkleinsten Mengen irrespirabler Gase enthält, die Ausscheidung von Kohlensäure durch die Ausatmungsluft beträchtlich verringert wird.

Während die eine Sektion sich mit diesen Fragen befaßte, war das Thema der 2. Sektion, in der eine größere Anzahl Frauen anwesend war, **„Mutterschaft und Arbeit"**. In dem folgenden Berichte hierüber folgen wir, da wir bei der 1. Sektion anwesend waren den am Kongreß zur Verteilung gelangten Auszügen aus den Referaten und den Berichten italienischer Zeitungen. Es sprach Pestalozza (Stresa) über die Hygiene der Schwangerschaft, des Wochenbetts und der Stillperiode, über die zu diesem Zwecke notwendige soziale Gesetzgebung: Schwangern- und Wöchnerinnenschutz, Mutterschaftskassen, Beschränkung der Arbeitszeit der Frauen, und über die Werke privater Wohltätigkeit (Säuglingsmilchverteilung usw.).

Merletti (Ferrara) sprach über die Häufigkeit des Abortus und der Frühgeburt bei den Arbeiterinnen, und die geringere Lebensfähigkeit der von ihnen zur Welt gebrachten Kinder. Er kam zu denselben Schlußfolgerungen wie Pestalozza, betonte aber scharf die Verpflichtung der wohlhabenden Frauen durch Beiträge zu einer Mutterschaftskasse zur Verbesserung der Lage ihrer unglücklichen Schwestern beizutragen.

La Torre (Rom) betont, daß nicht nur die Verhältnisse der Mutter, sondern auch die des Vaters für die Entwicklung des foetus maßgebend seien, bespricht alle jene Momente, die zur Schwächung der Nachkommenschaft führen (Überarbeit und Unterernährung der Eltern, Krankheiten derselben, gewerbliche Vergiftungen usw.) und fordert die Verbesserung der wirtschaftlichen und hygienischen Lage der Arbeiter, die Schaffung einer Krankenversicherung, Kampf gegen Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten, Gebärhäuser, gouttes de lait.

Prof. Calderini (Bologna) sprach noch über die Wirkung einzelner gewerblicher Gifte auf die Geschlechtsfunktion der Frau.

Nach einer kurzen Diskussion lud Frau Majno namens der Union femminile Nazionale die Kongreßmitglieder zu einer Versammlung ein, in der Pestalozza über „Schutz der Arbeiterin als Mutter" und über die Ergebnisse der Kongreßberatungen sprach.

Die Nachmittagssitzung des 11. Juni war der Behandlung der **Tuberkulosefrage** gewidmet. Zunächst sprach Massalongo (Verona); er verlangte eine energische Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung sowohl in der Werkstatt, als auch in der Familie: Sanitäre Überwachung der Werkstätten, Beschränkung der Arbeitszeit, Beistellung von Trinkwasser und Waschgelegenheit, Spucknäpfe usw. in den Werkstätten, Sorge für gesunde Arbeiterwohnungen, hygienische Aufklärung, Kampf gegen Alkoholismus, Schwangernschutz, Dispensaire.

Gerade diese Allgemeinheit der gestellten Forderungen, das Fehlen irgend eines Hinweises auf eine bestimmte, zunächst zu ergreifende Maßregel oder eine zunächst zu schaffende Einrichtung zeigt uns wohl am klarsten, wie sehr die Tuberkulosebekämpfung in Italien noch in ihren frühesten Anfangsstadien steckt. (Referent.) An die Kongreßmitglieder gelangten zwei Publikationen zur Verteilung, die eine schildert die Volksheilstätte der Stadt und Provinz Mailand — bei Tresivio gelegen, wird einen Belegraum von 110 Betten haben. Im Jahre 1907 soll sie eröffnet werden.

Die zweite Publikation stellt einen Prospekt der ersten italienischen Heilstätte für Brustkranke da; sie ist in Sondalo erbaut und bietet Raum für 55 Personen.

Teleky (Wien) weist in seinem Referate „Tuberkulose und industrielle Entwicklung" auf die auffallende Tatsache hin, daß überall die industrielle Bevölkerung eine hohe Tuberkulosesterblichkeit habe, daß aber gerade die industriell vorgeschrittensten und rasch fortschreitenden Länder (England und Deutschland) eine niedrige und stetig sinkende Tuberkulosesterblichkeit aufweisen. Er hat die Verhältnisse Österreichs nach dieser Richtung studiert und gefunden, daß die Orte mit hoch entwickelter Industrie zwar eine hohe Tuberkulosesterblichkeit aufweisen, daß aber gerade sie in den letzten Jahrzehnten ein rasches Sinken der Tuberkulosesterblichkeit zeigen. Da sich dies in gesetzmäßiger Weise in den Kronländern der Bezirkshauptmannschaften Niederösterreichs und den Städten wiederholt, kann man schließen, daß diese Besserung auf Kräfte zurückzuführen ist, die im engsten Zusammenhang mit der industriellen Entwicklung stehen: auf die Organisation der Arbeiterschaft, die den Arbeiter bessere Lebensbedingungen erkämpfte und auf die staatliche Arbeiterschutzgesetzgebung, vor allem auch die Krankenversicherung.

In der Debatte über die Tuberkulosefrage verlangte Rubino die obligatorische Anzeigepflicht; Fattoni besprach die verschiedene Tuberkulosesterblichkeit einzelner Berufe; Backlund (Schweden) legte Gewicht auf die Verhütung der Tröpfcheninfektion. Costantino (Stadtphysikus von Triest) wies auf die Notwendigkeit privater Initiative hin und erwähnte, daß in Triest ein Tuberkulosenheim gebaut wird. Der Sicilianer Burruano (Girgenti) erzählt, daß die Schwefelarbeiter Siciliens weder an Tuberkulose noch an Malaria leiden, fand aber mit dieser seiner Behauptung lebhaften Widerspruch auf den verschiedensten Seiten. Es sprachen noch Picinnini, Giglioli und Gasperini.

Pieraccini führte aus, die Tuberkulose sei eine in den sozialen Verhältnissen begründete Krankheit. Der Staat habe die Verpflichtung, den Kampf gegen sie

zu organisieren. Der Staat habe zur Bekämpfung der Tuberkulose eine Kasse zu gründen, zu der die Unternehmer nach der Häufigkeit der unter ihren Arbeitern vorkommenden Tuberkulosefälle beizusteuern hätten.

Eine Resolution gelangte zur Annahme, die eine sanitäre Arbeiterschutzgesetzgebung verlangt, und die Pflicht des Staates betont, den Kampf gegen die Tuberkulose zu organisieren.

Am darauffolgenden Vormittag (12. Juni) wurde wieder in zwei Sektionen verhandelt, in der ersten über Ankylostomiasis, Erkrankungen der Tunnel- und Bergarbeiter, in der zweiten über Bleivergiftung.

Bei unserem Berichte über die erste Sektion müssen wir wieder den gedruckt vorliegenden Referaten und anderen Berichten folgen.

Zunächst kam ein Telegramm zur Verlesung, in dem der bekannte Potsdamer Gewerbehygieniker Roth sein Fernbleiben mit einem Todesfall in der Familie entschuldigte.

Hajo Bruns (Gelsenkirchen) sprach über **Ankylostomiasis.** Er erörterte die Entwicklungsbedingungen des Ankylostomum duodenale und die Wege seiner Übertragung. Als wichtigstes Prophylaktikum erscheint ihm eine entsprechende Fäkalienbeseitigung in den Gruben, Fernhaltung der Wurmträger, Belehrung der Arbeiterschaft. Die Desinfektion ganzer Grubenstrecken hat bisher einen ermutigenden Erfolg nicht erkennen lassen; die von mancher Seite empfohlene Aufhebung der Berieselungspflicht erscheint untunlich; der Einfluß der Berieselung auf die Verbreitung der Ankylostomen ist nicht so groß, wie man früher glaubte und die Berieselung ist zur Vermeidung von Kohlenstaubexplosionen notwendig.

Nach ihm sprach Perroncito (Turin) über die Verbreitung der Ankylostomiasis unter den Arbeitern, Bauern und Maurern.

Vaccino (Stroppiana) betonte die Häufigkeit der Ankylostomiasis unter den Ziegel- und Bergarbeitern, aber auch unter den Bauern, Gärtnern und bei Personen, die nichts mit Arbeiten auf dem Lande oder Erdarbeiten zu tun haben. Man müsse ebenso wie gegen Malaria und Tuberkulose auch gegen die Ankylostomiasis energische Maßregeln ergreifen.

Siccardi (Padua) berichtet über die Versuche, die er mit dem Blutserum Wurmkranker gemacht, Curti über die Ausbreitung der Wurmkrankheit im Gebiet von Cremona. Nach der Pellagra ist sie dort die häufigste Krankheit, die bei den das Spital aufsuchenden Bauern gefunden wird; seit 1898 kamen 105 Fälle zur Beobachtung, die aus 40 Orten herstammten, zwei Drittel der Fälle betrafen Bauern. Auffallend ist der Infantilismus, den mehrere im Jünglingsalter stehende Wurmkranke aufweisen.

Nach Beendigung dieser Diskussion gelangte man zu dem ja jetzt in Mailand gerade besonders aktuellen Thema der Hygiene des **Tunnel**baues. Momo (Mailand) sprach über die Schädlichkeiten, die den Tunnelarbeiter bedrohen: die starken Temperaturdifferenzen, die gezwungene Körperhaltung, die Bewucherung durch alle jenen Spekulanten, die — trotzdem die Bauunternehmung für Unterkunft der Arbeiter Sorge tragen — elende Baracken mit überfüllten Schlafräumen an die Arbeiter vermiethen und ihnen verfälschte Nahrungsmittel liefern. Vor allem aber sprach er ausführlich über die Minenkrankheit, die eigentliche Berufskrankheit der Tunnelarbeiter, die er beim Bau des Simplontunnels studiert hat. Diese Krankheit ist nach dem Vortragenden auf eine Kohlenoxydvergiftung zurückzuführen. In der akuten Form ruft sie oft nur leichte Störungen, Kopfschmerz, Übelkeiten hervor, kann aber auch zu schwersten Erscheinungen, Bewußtseinsverlust, Coma

und selbst zum Tode führen. Der Durchschlag des Tunnels — zu dem sich zahlreiche Personen an der Durchschlagsstelle eingefunden hatte — gab Anlaß zu einer großen Anzahl leichter Vergiftungen, aber auch zum Tode zweier Ingenieure. Die chronische Form der Minenkrankheit führt zu den Erscheinungen einer schweren Anämie. Zu nervösen Störungen, pseudoparalytischen, häufiger aber epileptischen Charakters. Er hebt den Fortschritt hervor, den die hygienischen Verhältnisse des Simplontunnelbaus gegenüber dem des Mont Cenis und des Gotthard aufwiesen; betont auch mehrfach die großen Verdienste, die sich die Firma Brandt. Branden & Co. und das Wohl der Arbeiter erworben und die Mühe, die sie sich auch in dieser Richtung gegeben.

Volante, der beim Simplontunnel ebenfalls als Arzt tätig war, schildert welche gewaltige Arbeit hier auch in hygienischer Beziehung geleistet wurde. Man mußte bei der Arbeit im Berginnern auf hohe Temperaturen gefaßt sein, und erwartete solche von 56° C. anzutreffen. Durch die Anlage zweier parallel laufender Stollen war es möglich ein viel bessere Ventilation als in früheren Tunnelbauten herzustellen und durch die Zerstäubung kalten Wassers konnte die Temperatur auf 25—30° C. herabgedrückt werden. Zahlreiche Abortkübel und Sorge für größte Reinlichkeit verhinderten das Auftreten der Ankylostomiasis Die Arbeitszeit betrug 8, bei höheren Temperaturen 6 Stunden. Für Bäder, Waschgelegenheiten, Trinkwasser, Arbeiterwohnungen, Lebensmittel war aufs beste gesorgt. Vor der Aufnahme mußte sich jeder Arbeiter einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Ein Spital mit 30 Betten war vorhanden und aufs beste mit Instrumenten usw. ausgestattet. Unter den 25000 Arbeitern, die sich im Laufe der Jahre bei dem Werke ablösten — höchstens 2600 waren gleichzeitig beschäftigt — kamen während der 8 Jahre, die die Arbeit dauerte nur 106 Todesfälle vor: 63 durch Krankheit, 21 durch Unfälle bei der Arbeit und 22 durch Raufhändel, Selbstmord und Unfälle außerhalb der Arbeit. Bis Ende 1903 hatte die Baufirma 2½ Millionen für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen ausgegeben. Die Ausführungen dieses Redners, der in seinen Schlußworten die Bemühungen der Unternehmung Brandt, Brandau & Co. pries, mit möglichst geringen Opfern an menschlicher Gesundheit das große Werk zu vollbringen, wurden mit stürmischem Beifall aufgenommen.

In der zweiten Sektion, in der die **Bleifrage** zur Verhandlung stand, sprach als erster Prof. M. Hahn (München). Zunächst befaßte er sich mit den Schicksalen des Bleies im menschlichen Organismus, berichtete über Experimente, die er über die Löslichkeit des Bleichlorids im Blut in vitro gemacht. Dann sprach er über die Verhütung der Bleivergiftung. Er trat dafür ein, Arbeiter, die einen Bleisaum aufweisen, wo irgend möglich von Bleiarbeit fernzuhalten. Den größten Nutzen verspricht er sich von jährlichen Urlaubsbewilligungen an Bleiarbeiter; ferner verlangt er spezielle Belehrung für jede gefährliche Berufsart, sowie die Anzeigepflicht für Bleivergiftung. Für Waschgelegenheiten müßte reichlich vorgesorgt werden; die Akremninseife dürfte sich in praxi kaum bewähren, eher hätte noch eine Kaliumsulfitlösung mit Glycerin Aussicht ausgedehntere Anwendung zu finden, ihr Geruch sei weniger unangenehm als der der Akremninseife und die durch sie veranlaßten Niederschläge ließen sich leichter wegwaschen. (Hahn demonstrierte später auch die Verwendung dieser Kaliumsulfitmischung.) Zum Schlusse trat Vortragender für den Ersatz des Bleiweiß durch ungiftige Farbstoffe ein und verwies auf das Vorgehen der französischen Regierung.

Rambousek (Triest) spricht zunächt über die Wirkung des Bleies auf das

Blutgefäßsystem, über die Ausscheidung des Bleies aus dem Organismus. Von der Ansicht ausgehend, daß Bleisulfit gänzlich ungiftig sei, versucht er darzulegen, daß die Vergiftungsgefahr in Bleihütten, Bleiweißfabriken usw. am besten dadurch zu beheben sei, daß man den die Gesundheit gefährdeten Staub durch Einwirkung von H_2S in Bleisulfit verwandle. Auch Bleigegenstände sollen mit einer Schicht von Bleisulfit überzogen (resp. ihre Oberfläche sollte in Bleisulfit verwandelt) werden.

(Praktische Erfahrungen über die Möglichkeit eines solchen Vorgehens hat Vortragender nicht; auch Versuche in dieser Richtung hat er nicht angestellt. Referent.)

Massini (Genua) verlangt zur Verhütung der Bleivergiftung eine strenge ärztliche Überwachung der Arbeitsräume, der Arbeitsbehelfe sowie der Arbeiter selbst.

Glibert (Brüssel) spricht über das Fehlen eines sicheren Initialsymptoms. Eine charakteristische Hautfärbung habe er nur selten gefunden, der Bleisaum zeige verschiedene Variationen, sei oft von der durch Quecksilber veranlaßten Zahnfleischveränderung nicht zu unterscheiden. Sehr großen Wert legt er auf die basophilen Granulationen der roten Blutkörperchen. die sich bei allen Bleiarbeitern — aber auch bei anderen Personen — finden. Er hat mit dem Dynamometer die Stärke der Extensoren der Finger gemessen und gefunden, daß sie bei Bleiarbeitern stets verhältnismäßig schwächer sind als bei anderen Arbeitern. Kein einziger dieser Symptome aber sei ein sicheres Charakteristikum der Bleivergiftung. Zu ihrer Diagnose müsse man — ebenso wie zu den meisten anderen Krankheiten durch das Gesamtbild der Erscheinungen gelangen.

Teleky stimmt diesen Ausführungen zu; bei jugendlichen Individuen mit straffem Zahnfleisch vermisse man manchmal trotz Bestehen einer schweren Bleiintoxikation den Bleisaum, andere Individuen zeigen starken Bleisaum, sonst ohne — trotzdem sie seit Jahren mit Blei zu tun haben — irgend ein Symptom der Bleivergiftung jemals gezeigt zu haben. Ob die basophilen Granulationen ein Zeichen der Bleivergiftung oder nur der Arbeit mit Blei seien, sei nach Angabe mancher Autoren zweifelhaft. Einen Arbeiter zur Aufgabe seines Berufes zu bewegen. sei stets sehr schwierig. Vortragender gebe diesen Rat nur dann, wenn Neuritis nerv. optic. oder beginnende Radialislähmung vorhanden sei. Hingegen sei dem Vorschlage Hahns über die Urlaubsbewilligung beizustimmen. In einer Fabrik, in der sehr viele Bleivergiftungen vorkommen, sei in einem Jahre, in dem 14 Tage lang gestreikt wurde, die Zahl der Fälle viel geringer gewesen als in den übrigen Jahren. Ersatz des Bleiweißes durch andere Farben sei nicht so schwierig, in Wien werden die Häuserfronten in $^3/_4$ der Fälle ohne Bleiweiß gestrichen.

Roth (Zürich): Bei der Setzmaschine gehen nie Bleidämpfe in die Luft über, die Vergiftungsgefahr entstände durch die Krätze, die sich an der Oberfläche des flüssigen Bleies ansammle und dann Anlaß zur Verstaubung gebe. Auch in Akkumulatorenfabriken finden sich in den beim Löten entstehenden Dämpfen kein Blei, aber Blei geht beim Blankbürsten der Lötstellen als Staub in die Luft über.

In der Diskussion sprach noch Biondi (Cagliari) über die Häufigkeit der Bleivergiftung unter den Bergarbeitern Sardiniens, Crisafulli über Idiosynkrasie und die Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Untersuchung und Blacklund (Stockholm), der in den Setzersälen seiner Heimat keinen Bleistaub gefunden hat.

Eine von Giglioli eingebrachte Tagesordnung wurde einstimmig angenommen,

die in allen Fällen, in denen es möglich ist, den Ersatz des Bleies und seiner Verbindungen durch ungiftige Substanzen fordert. In den Fällen aber, in denen die Verwendung von Bleipräparaten sich nicht vermeiden läßt, ist eine sorgfältig ärztliche Überwachung der Arbeiter und der Betriebe notwendig.

In der Nachmittagssitzung wurde zunächst die von dem oben erwähnten vorbereitenden Komitee verfaßte Resolution über die gesetzlichen Vorschriften zur Verhütung der **Taucher**krankheit vorgelegt und von den einzelnen Mitgliedern des Komitees begründet. Die Dekompression muß so langsam erfolgen, daß für jede $^1/_{10}$ Atmosphäre Überdruck 1 Minute Dekompressionsdauer gerechnet wird. Bei Arbeiten mit mehr als 1 $^1/_2$ Atmosphären Überdruck muß ein erwärmter Raum zum Ausruhen und einer Dekompressionskammer mit Sauerstoffinhalationsapparaten vorhanden sein. Die Arbeiter müssen in der Nähe des Arbeitsplatzes wohnen. Wo eine Dekompressionskammer nicht eingerichtet werden kann (Schwammtaucher) sollen wenigstens Apparate für Sauerstoffinhalation vorgesehen werden. — In dieser Resolution sprachen die vier an ihrer Abfassung beteiligten Kongreßmitglieder und bezeichneten die aufgestellten Thesen als das Minimum dessen, was gefordert werden müsse. Die Resolution gelangte zur einstimmigen Annahme.

Ein recht trübes Bild entwarf dann Biondi (Cagliari) von den Zuständen in den Bergwerken Sardiniens.

Giordano (Cercara) gab in seinem Referate über die **Bergwerks**hygiene einen historischen Überblick über die Geschichte der Bergwerkshygiene und über die uns über dies Thema erhaltenen Aufzeichnungen vom Altertum bis in die Gegenwart, eine Skizze über den Stand der Gesetzgebung und der Fürsorge für Bergarbeiter in den verschiedenen Ländern und verlangte schließlich die Neuerrichtung und Ausgestaltung der Lehrkanzeln für Gewerbehygiene und Arbeitererkrankungen sowie eine ständige ärztliche Überwachung der Bergwerke und der Bergarbeiter durch staatlich angestellte Ärzte.

Dann kam die Frage der beruflichen **Tabak**vergiftung auf die Tagesordnung. — Giglioli (Florenz) schilderte die große Verschiedenheit der Arbeitsbedingungen in den Tabakfabriken; während in den einen Betrieben fast ausschließlich mit Maschinen gearbeitet wird, sind in den anderen die Arbeitsbehilfe sehr primitiv. Daraus erklärt sich auch die Meinungsverschiedenheit der Autoren über die Existenz einer gewerblichen Tabakvergiftung. Vortragender selbst glaubt, daß es eine solche wohl umschriebene Krankheit gebe.

Auch Boveri (Pavia) glaubt an die Existenz dieser Berufskrankheit. Er hat mit dem Ergographen Mossos die Wirkung des Tabakrauchens durch Messungen an gesunden Individuen vor und nach dem Rauchen festzustellen versucht und ist zu dem Schlusse gelangt, daß das Tabakrauchen nach einer kurzen und rasch vorübergehenden Periode der Steigerung zu einem erheblichen und andauernden Sinken der Muskelenergie führe.

Giglioli (Florenz) beantragte die Einsetzung einer Kommission zum Studium des Berufstabakismus.

An der Diskussion nahmen Treves, Pieraccini, Celli und andere teil, und drehte sich dieselbe nicht nur um die Existenz einer gewerblichen Tabakvergiftung, sondern auch um die Frage, ob die Tuberkulose unter den Tabakarbeitern besonders häufig sei. Eine Resolution wurde angenommen, die die Regierung auffordert, in den Tabakfabriken alle nur möglichen Verbesserungen durchzuführen.

In der hieran sich anschließenden Sitzung der zweiten Sektion sprach Piccinini (Mailand) über einige Beobachtungen über den Gesundheitszustand in der chemischen Großindustrie und betonte, wie bei guter Ausführung der nötigen Einrichtungen und sorgfältiger Beobachtung der Vorsichtsmaßregeln Arbeiter durch Jahrzehnte hindurch mit Blei- und Quecksilberverbindungen arbeiten können, ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu nehmen, wie aber neben diesen Maßregeln der individuellen Disposition des einzelnen die größte Bedeutung zukomme.

Rubino (Genua) sprach über die Arteriosklerose und demonstrierte eine neue Methode zur Messung des Blutdruckes.

In der Vormittagssitzung am 13. Juni beantragte der Präsident de Cristoforis, die Einsetzung einer **internationalen permanenten Kommission**, die — nachdem sie sich in der ihr gutscheinenden Weise durch die Repräsentanten jener Länder ergänzt, die an diesem I. internationalen Kongresse nicht teilgenommen — den Sitz des nächsten internationalen Kongresses, der für das Jahr 1908 in Aussicht genommen, bestimmen und diesen Kongreß selbst vorbereiten solle. In den einzelnen Ländern sollten lokale Komitees gebildet werden. — Auf Vorschlag Gliberts wurden Cristoforis und Devoto zum Präsidenten und Sekretär des internationalen Komitees gewählt, dem ferner noch angehören: Pieraccini (Italien), Langlois (Frankreich), O. Roth (Schweiz), Backlund (Schweden), Hahn (Bayern), E. Roth (Preußen), Schrötter (Österreich), Szegedy (Ungarn), Glibert (Belgien), Wintkens (Holland), Oldright (Canada), Legge (England).

Den ersten Vortrag dieses Tages hielt Rota (Casabe) (auch im Namen Finzis) über die Gesundheitsverhältnisse und die Krankheiten bei den **Kalk- und Zementarbeitern**. Er schildert ausführlich die Gewinnung und Verarbeitung des Kalkes und des Zements und die Gefahren und Schädlichkeiten, denen die einzelnen Arbeitergruppen ausgesetzt sind: Unfälle, Rückgratsverkrümmungen, Erkrankungen des Respirationstrakts, Conjunctivitis u. a. Der Kalk wirkt infolge seiner chemischen Eigenschaften reizender als der Zement. Vortragender fordert Ausschluß von der Arbeit im Steinbruch (diese werden in der Art von Bergwerken betrieben) aller jener, die an Rheumatismus leiden, und von der Tätigkeit bei der Kalk- und Zementverarbeitung sollen jene ausgeschlossen werden, die zu Erkrankungen der Atmungsorgane, besonders aber zu Tuberkulose disponiert sind.

Pesente (Alzano) legte dem Kongreß ein Referat über die Krankheiten der Zementarbeiter vor, indem er über die Pneumokoniosen spricht und über Obduktionen berichtet, bei denen sich ausgedehnte sklerosierende Prozesse und Pneumoliten in der Lunge fanden ohne eine Spur von tuberkulösen Veränderungen. Der Zementstaub kann zwar für die Tuberkulose prädisponieren, aber er kann auch, da er zur Bindegewebswucherung anregt, zu ihrer Heilung beitragen.

In einem hochinteressanten sehr ausführlichen Referate sprach Monti (Pavia) über die Übertragung von **Infektionskrankheiten** durch den Beruf. — Der Milzbrand ist in Italien ungemein häufig, in den letzten Jahren gelangten jährlich über 3000 Fälle mit einer Mortalität von 20% zur Anmeldung. Am häufigsten ist er unter der ackerbautreibenden Bevölkerung Süditaliens, dann auch unter den Arbeitern einzelner Industrien Norditaliens, die mit Fellen und Haaren besonders ausländischer Provenienz zu tun haben. Er verlangt Schutzmaßregeln für die mit dem Verladen Beschäftigten, Sterilisation der Haare in den Fabriken vor der Verarbeitung, ärztliche Überwachung der Arbeiter, Anwendung der Serotherapie. Dann erwähnte er die Aktinomykose, den Rotz, die Maul- und Klauen-

seuche, den Tetanus, die Syphilis. Bei der letzteren erwähnt er die Glasbläser und berichtet über eine von ihm unter der Musikkapelle einer kleinen italienischen Stadt beobachtete Epidemie, die von einem syphilitischen Musiker durch das Mundstück der Trompete auf andere Musiker übertragen worden war. Ausführlich spricht er dann über die Verbreitung der Tuberkulose unter den verschiedenen Berufen und über die Malaria, die dazu geführt hat, daß viele ehmals fruchtbare und reiche Gebiete Italiens heute unbebaut und verödet sind, und die unter der Landbevölkerung, unter den Straßen- und Eisenbahnarbeitern zahlreiche Opfer fordert. (1885—1887 starben jährlich 700—800 Personen von einer Million Einwohner an der Malaria!) Jetzt hat das energische Eingreifen des Staates, die unentgeltliche Verabfolgung von Chinin, die prophylaktische Behandlung und eine Reihe andere Maßnahmen zu einem erheblichen Sinken der Krankheits- und Todesfälle an Malaria geführt.

Im Anschlusse an diesen Vortrag sprach dann Ascoli, der als Arzt in einer großen Roßhaarspinnerei (über die später noch gesprochen werden soll) tätig ist, über den Schutz der in solchen Fabriken Beschäftigten.

Er sowie Langlois (Paris) traten dafür ein, daß der Karbunkel als „Unfall" und nicht als Krankheit zu betrachten, d. h. durch die Unfallversicherung zu entschädigen ist, (eine Krankenversicherung besteht weder in Italien noch in Frankreich).

In der am nächsten Tage fortgesetzten Diskussion sprachen eine große Anzahl von Rednern: Petrini, Vaccino, Biondi, Bernacchi, Peroncito. Es wurde eine Resolution angenommen, nach der Milzbrand, Rotz, Tetanus und mehrere andere berufliche Infektionen als Unfall betrachtet und nach dem Unfallversicherungsgesetz entschädigt werden sollen; in einem Zusatzantrag wurde für Orte, in denen eine Endemie besteht, die obligatorische Schutzimpfung gegen Milzbrand verlangt.

Über den nächsten Punkt der Tagesordnung: „Die Gefahren der **Zündhölzchenerzeugung**" referierte Menozzi (Mailand); er trat für eine internationale Übereinkunft zur Erlassung eines Verbotes der Verwendung des gelben Phosphors ein.

Grassi berichtet über seine Erhebungen über die Verbreitung der Phosphornekrose; er konnte in ganz Italien während der letzten Dezennien nur 200 Fälle von Phosphornekrose feststellen, die Existenz eines chronischen Phosphorismus läßt sich überhaupt nicht nachweisen — die Zahl der durch Phosphor veranlaßten Krankheitsfälle ist also relativ gering. Ein Verbot des gelben Phosphors würde wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen.

Über diese Ausführungen Grassis entwickelte sich eine lebhafte Debatte. — Glibert (Brüssel) teilte die Meinung Grassis, daß die Phosphornekrose sehr selten sei, ihm sei in seiner amtlichen Stellung nur ein Fall bekannt geworden. Auch gebe es kein vollkommenes Ersatzmittel für den Phosphor. Bei allen anderen Rednern aber fanden seine Ausführungen lebhaften Widerspruch.

Teleky (Wien) sagt, daß die Zahl der offiziell nachgewiesenen Fälle in Österreich nicht sehr gering sei, aber der größte Teil der Fälle gelange nicht zur Kenntnis der Behörden; ihm persönlich seien 10—12 Fälle von Phosphornekrose bekannt. Die einzelnen Staaten sollen nicht eine internationale Vereinbarung (gegenwärtig warte man auf den Anschluß Japans) abwarten, sondern selbständig mit einem Verbot vorgehen.

Hahn (München) wendet sich ebenfalls gegen die Statistik Grassis und weist auf die Erfahrungen in Deutschland hin. Seinen Ausführungen schließt sich

Roth an, der auf die in der Schweiz gemachten Erfahrungen und auf die Ersatzmittel des gelben Phosphors, die sich voll bewährt haben, hinweist. In ähnlichem Sinne sprachen Giglioli, Biondi, Pieraccini. Schließlich wird die von Menozzi beantragte Resolution (internationales Abkommen über das Verbot) fast einstimmig angenommen.

In der Nachmittagssitzung sprach Hahn über **gewerbehygienischen Unterricht** an Universitäten und technischen Hochschulen. Vortragender selbst lehrt dieses Fach an der Universität und dem Technikum in München. Er führt aus, wie man den Mediziner dadurch, daß man das ihm neue technische Gebiet ausführlicher behandelt, für den Gegenstand interessieren müsse; den Techniker müsse man — da ja unter diesen schon vom ersten Semester an eine Spezialisierung nach den einzelnen Fächern stattfindet, — nur allgemeine Gewerbehygiene vortragen. Theoretischer Unterricht hätte mit praktischem Besuch industrieller Etablissements Hand in Hand zu gehen. Womöglich sollten den Medizinern auch einzelne Fälle von Berufskrankheiten gezeigt werden. Er hebt die Verdienste hervor, die sich Mailand durch Errichtung der Klinik für Gewerbekrankheiten, die wohl bald anderorts Nachahmung finden werde, erworben habe.

Roth schildert seine als Lehrer am Züricher Polytechnikum gemachten Erfahrungen, auch er legt Wert auf den Besuch industrieller Etablissements. Er trägt nur die wichtigsten Kapitel aus der Gewerbehygiene vor und bezieht die Unfallverhütung in sein Kolleg ein.

Devoto spricht über die Einrichtungen, die er seiner Klinik für Gewerbekrankheiten zu geben gedenkt. Ferner beteiligen sich auch Celli und Foa an der Debatte.

Nach ihm hielt Pezza (Mortara) ein ausführliches Referat über die Erkrankungen der Reisarbeiter, als deren wichtigste die Malaria anzusehen ist. Er schilderte, wie sie sowohl während der Arbeit als auch in den Hütten, in denen sie ihre Ruhezeit verbringen, den Stichen der Anophelen ausgesetzt sind. Er fordert, daß die Gesetzgebung gegen die Malaria auch auf dieses Gebiet ausgedehnt und von Staats wegen der Kampf gegen die Malaria auch unter den Reisarbeitern organisiert werden müsse; dann verlangt er die Errichtung von den hygienischen Anforderungen genügenden Arbeiterhäusern für die Reisarbeiter sowie die Einführung des Maschinenbetriebs für einzelne Verrichtungen beim Reisbau, die durch das Ackerministerium gefordert werden müsse.

An diesen Vortrag schloß sich eine lange und interessante Diskussion über die Malaria und ihre Bekämpfung, in der als Hauptredner Grassi und Celli sprachen.

Am späten Nachmittag leisteten mehrere Kongreßteilnehmer (darunter auch Referent) der Einladung zweier Fabrikanten Folge, ihre Etablissements zu besichtigen. Der erste der beiden hatte uns eigentlich nicht zur Besichtigung seiner Fabrik eingeladen, sondern nur zu der von ihm in Italien in Verkehr gebrachten Beth'schen Staubfilter. Interessanter als diese aber war seine Fabrik, die er auf Wunsch einzelner Kongreßteilnehmer den Besuchern dann zeigte und die sich durch das Fehlen jeder hygienischen Vorkehrungen und durch den Mangel auch der primitivsten Schutzvorrichtungen auszeichnete. Auf diesen Mangel aufmerksam gemacht, führte er entschuldigend an, daß er selbst die Fabrik erst wenige Wochen besitze und daß er selbst wisse, daß ihr große Mängel anhaften; sie sei auch bereits im Umbau begriffen.

Weit interessanter war der Besuch der großen Roßhaarspinnerei Pacchetti.

Zur Verhütung der Milzbrandinfektionen hat die Firma eine Reihe von Vorkehrungen getroffen. Sie hat einen Arzt (Ascoli) angestellt, dem die hygienische Überwachung des Betriebes und der Arbeiter obliegt. Ein wohleingerichtetes bakteriologisches Laboratorium (mit Brutöfen, Sterilisationsapparaten, Versuchstieren) steht ihm zur Verfügung; sämtliche Ballen mit unverarbeitetem Roßhaar werden unter Kontrolle des Arztes sterilisiert; über und zum Teil unter den Arbeitstischen ist eine kräftig wirkende Aspirationsvorrichtung angebracht. Für Waschgelegenheit ist reichlich gesorgt. Auch eine Betriebskrankenkasse ist vorhanden.

Der letzte Tag des Kongresses wurde eingeleitet durch einen nach jeder Richtung hin hochinteressanten Vortrag Gliberts über Organisation und Tätigkeit des **ärztlichen** Dienstes in der **Gewerbeinspektion** Belgiens. Das Personal dieses ärztlichen Dienstes besteht aus einem Chefinspektor (Glibert), seinem Assistenten, 3 Inspektoren in der Provinz und 149 mit dem Inspektorat in loserer Beziehung stehenden Ärzten. Aufgabe dieses Dienstes ist: Überwachung der Einhaltung der hygienischen Vorschriften und wissenschaftliches Studium. — Der Minister entscheidet über die Auswahl der allgemein zu veranstaltenden ärztlichen Erhebungen. Bei diesen werden die Arbeiter eines bestimmten Berufes auf das genaueste untersucht; im Bedarfsfall werden genaue Blutuntersuchungen gemacht. Die Ermüdung einzelner Muskelgruppen wird mit einem dem Mosso'schen Ergographen ähnlichen Instrument gemessen; Erhebungen über den Staubgehalt der Luft in einzelnen Betrieben werden vorgenommen. Bis heute sind bereits 22000 Arbeiter bei solchen Massenuntersuchungen nach bestimmten Fragebogen und Formularen untersucht worden; eine besonders genaue Untersuchung wurde über Bleierkrankungen gemacht.

Dr. E. J. Neisser (Berlin) spricht über die günstigen Erfahrungen, die man in England mit der Mitwirkung der Ärzte in der Gewerbeinspektion gemacht habe. In Mailand habe die Stadtverwaltung die Gewerbeinspektion den Gemeindeärzten übertragen. In Deutschland und Oesterreich sei die Mitwirkung der Amtsärzte bei der Überwachung der Fabrikbetriebe nicht in wünschenswertem Umfang durchgeführt, eine Teilnahme der Ärzte an der Gewerbeinspektion gebe es überhaupt nicht. Er beantragt, die Frage der Gewerbeinspektion und speziell die Frage der Mitwirkung der Ärzte bei derselben auf die Tagesordnung des nächsten Kongresses zu setzen.

Dieser Anregung, die mit großem Beifall aufgenommen wurde, kam noch insofern eine erhöhte Bedeutung zu, als in Italien erst kürzlich ein Gesetzentwurf, der die Gewerbeinspektion einführen sollte, von dem Parlamente abgelehnt wurde.

Dann wurde die obenerwähnte Diskussion über berufliche Infektionen fortgesetzt, an die sich dann noch ein Vortrag Menozzi über **Hypherphosphat**fabriken und ein Vortrag Pigorini's über **Kupfervitriol**fabriken anschloß. Der letztere schildert die hygienische Lage der bei der Herstellung des Kupfervitriols Beschäftigten sehr günstig und meint, daß besondere gesetzliche Vorschriften für diese Betriebe nicht nötig seien, sondern die allgemein für Fabrikbetriebe geltenden Vorschriften genügen.

Medea (Mailand) legte dem Kongreß einen interessanten Bericht über **Anilin**vergiftungen vor. Er berichtet über einen zur Autopsie gelangten Fall von Polyneuritis acuta, die nach seiner Meinung auf Anilinvergiftung zurückzuführen war, sowie über mehrfache Tierexperimente.

In der zweiten Sektion trug inzwischen Vitali (Venedig) über die bei den

Gondolieren und Schiffern beobachteten Veränderungen des Knochen- und Gefäßsystems vor. Er kommt zu dem Schlusse, daß ihr Beruf einer der allergesündesten ist, als Schädlichkeiten machen sich der Alkoholismus und schlechte Wohnungsverhältnisse geltend. Von Knochenveränderungen werden leichte Kyphosen, von Gefäßveränderungen Arteriosklerose (Alkohol und schwere Arbeit) beobachtet.

Repace (Messina) legt einen Bericht über die organischen Veränderungen vor, die sich bei den Arbeiterinnen Calabriens finden, die **schwere Lasten auf dem Kopfe** tragen. Die letzten Wirbel der Halswirbelsäule ragen mehr als normal hervor (in zwei Fällen bestand Sublaxation des I. Wirbels nach vorne) Krämpfe in der seitlichen Halsmuskulatur traten auf, die als Beschäftigungsneurose aufzufassen sind, ferner Paraesthesien in den oberen Extremitäten besonders rechts und Druckempfindlichkeit ihrer Nervenstämme (vom Hinaufheben der schweren Lasten).

Schon am Schlusse der Sitzung des Vortages hatte Vasta über die Thoraxdeformitäten der sicilianischen **Carusi** gesprochen. Diese tragen vom frühen Knabenalter an in den Schwefelbergwerken Lasten von 20 und mehr Kilo in einem Sacke über der linken Schulter und zeigen die dieser Belastung entsprechende Thoraxdeformitäten.

Giannini besprach in interessanter Weise die Erscheinungen geistiger Übermüdung bei den **Tramway**führern. Bernabei über den **Hitzschlag** bei den Bauern, den er unter die Unfälle aufgenommen wissen will.

Torretta (Turin) besprach die Gefahren der **Leuchtgas**fabrikation, und die Mittel zu ihrer Verhütung (Ventilation, mechanische Beschickung der Öfen usw.).

Allevi sprach auch im Namen Gigliolis über die Wettmärsche in der Armee und über die Sommer**manöver.** Er fordert, daß die Marschleistungen die physiologisch und hygienisch gebotenen Grenzen nicht übersteigen und daß die Hauptmanöver auf den Herbst verlegt werden sollen. Der Kongreß nahm eine entsprechende Resolution an.

In der Schlußsitzung beantragte Devoto im Namen Gobbis, Pontiggias, Petrinis und Bernacchis der Kongreß möge seinen Gruß dem Senator De Angeli entbieten, dem Vorkämpfer für soziale Fürsorge und soziale Reformen in Italien — der Kongreß stimmte unter großem Beifall einmütig zu.

Dann sprach Devoto über Diätetik des Arbeiters. — An der Diskussion beteiligten sich Treves, Bernabei u. a.

Der Kongreß sprach dem Vortragenden (Devoto) den Dank für seine mühevollen und interessanten Studien aus.

Zanoni (Genua) sprach über die Krankheiten des Personales der **Gasthäuser;** über die Anämie der Köchinnen und der Büglerinnen, den Alkoholismus, die venerischen Krankheiten, die Varicen usw.

Dann kam man zu dem Schlußthema des Kongresses: **Soziale Hilfe** für die an Berufskrankheiten Leidenden. Schon am Tage vorher war wohl das wichtigste Thema dieser Frage behandelt worden. Magaldi — einer der Vertreter der italienischen Regierung, hatte über die Krankenversicherung der Arbeiter gesprochen und war unter lebhaftem Beifall der Versammlung für eine baldige Einführung der staatlichen Krankenversicherung eingetreten.

Gobbi (Mailand) spricht darüber, wie schwer sich oft die Grenze zwischen Unfall und Gewerbekrankheit ziehen lasse; wie auch für die letztere die Industrie haftbar sei, wie schwierig aber es sein würde, die Grenze zwischen gewerblichen

und den anderen Erkrankungen zu ziehen. Das beste Mittel aber, für die infolge ihres Berufes Erkrankten zu sorgen, sei die Organisation einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung.

Fabris (Mailand) spricht als Korreferent über dasselbe Thema; er tritt vor allem für Verhütungsmaßregeln ein, für die ja durch die Verhandlungen des Kongresses so reichliches Material beigebracht wurde, und spricht sich in nur unbestimmter und verklausulierter Form für die Krankenversicherung aus.

Teleky (Wien) spricht über die Aufgaben, die die Krankenkasse bei der Bekämpfung der Gewerbekrankheiten zu erfüllen habe; bei ihr ströme alles statistische und klinische Material über gewerbliche Erkrankungen zusammen. Nützlich sei es, wenn sie durch Anstellung eines Spezialarztes für Gewerbekrankheiten für Sammlung und Verarbeitung dieses Materiales sorge (Vortr. ist bei dem Verband der Genossenschaftskrankenkasse und allg. Arbeiterkrankenkasse in Wien in dieser Stellung tätig). Die Kasse könne in den einzelnen ihr angehörigen Betrieben auf eine Verbesserung hinwirken und auch Material und Basis für gesetzliche Ordnung einzelner Betriebszweige schaffen. — Vortragender legt die Ergebnisse einer Bleienquete der Wiener Krankenkassen vor und ein Bleimerkblatt. — Zum Schlusse fordert er zu einem energischen Votum für die obligatorische Krankenversicherung auf.

Giglioli berichtet über die Verhütung gewerblicher Erkrankungen in England.

Baseggio (Mailand) spricht über die großen hygienischen Fortschritte, die in der Industrie Italiens während der letzten Jahre gemacht wurden, über den modernen Fabrikbau, über die zahlreichen Schutzeinrichtungen und Wohlfahrtseinrichtungen, die einzelne große Etablissements geschaffen. Die Resolution Gobbis, die die Krankenversicherung fordert, wurde mit dem Zusatz „obligatorisch" einstimmig angenommen. Dann schritt man zum Schlusse des Kongresses. Roth dankte den Veranstaltern (vor allem Christoforis und Devoto im Namen der ausländischen Mitglieder); Petrini sprach dem Kongreß den Dank der organisierten Arbeiterschaft aus. Christoforis dankte namens des Präsidiums den Kongreßmitgliedern, vor allem den Sekretären Vigano, Carrozzi, Veratti und Camperio. Menozzi sprach namens der Stadt Mailand.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1]

Herr Mayet (fortfahrend): Um einen ungefähren Anhalt über die Verhältnisse in der zukünftigen sozialen Versicherung zu gewinnen, vergegenwärtige man sich schätzungsweise die in Betracht kommenden Zahlen. Die Krankenversicherung zählte 1903 nur 10,22 Mill. Personen in den reichsgesetzlichen Krankenkassen und 0,69 in den Knappschaftskassen. Die Zahl der Versicherten der Invalidenversicherung ist unbekannt. Die Zahl der abgesetzten Beitragsmarken läßt auf 13,1 Mill. Invalidenversicherter schließen. Der Atlas der Arbeiterversicherung (S. 12) nimmt für 1902 13,4 Mill. Invalidenversicherter an. Unfallversichert waren im Jahre 1903 in 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften 7,5 Mill., in 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 11,2 Mill., in 198 staatlichen Ausführungsbehörden (Heer, Marine, Post, Eisenbahn usw.) 0,73 Mill. und in 289 Provinzial- und Kommunal-Ausführungsbehörden 0,08 Mill.; das sind etwa 19½ Mill. Personen. Zu ihnen tritt noch eine unbekannte Anzahl in 14 Versicherungsanstalten, die von 13 Baugewerksberufsgenossenschaften und von der Seeberufsgenossenschaft mitverwaltet werden. (In der Seeberufsgenossenschaft sind 0,06 Mill. versichert.) 1½ Mill. Personen, die gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und versichert sind, mögen doppelt erscheinen und abzusetzen sein. Unfallversichert mögen im Jahre 1903 also rund 18 Mill. Personen gewesen sein. Zu diesen sollen nun noch kommen die Dienstboten für häusliche Dienste (1895: 1,34 Mill. Personen) und die Hausindustriellen und Heimarbeiter. Auch die letztere Zahl ist schlecht erfaßbar, da der Registrierzwang für sie noch nicht eingeführt ist. Von manchen wird für sie die Zahl von 1,3 Mill. angegeben. Das brächte die Unfallversicherung auf nahezu 21 Mill Personen, und, die Bevölkerungsvermehrung bis zum Inkrafttreten der erwähnten sozialen Versicherung mit in Betracht gezogen, wohl auf über 22 Mill. Unfallversicherte. Nicht für alle diese würde aber die Unfallversicherung auch mit der Krankenversicherung zu kombinieren sein, z. B. nicht für das Heer und die Marine, die ihre eigene Krankenbehandlung haben. Wir dürfen etwa mit (einem Minimum von) 20 Mill. Personen rechnen, die sowohl in Unfall-, als Kranken-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung Mitglied sein sollen. Wie verteilen sich

---

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 10, 11, 14, 21 der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.

diese 20 Mill. Personen nach Alter und Familienstand? Wieviel Angehörige derselben würden mitunterstützungsberechtigt sein? In der Gesamtbevölkerung waren (am 1. Dezember 1900 s. Stat. Jahrb., 1905, S. 4) vorhanden: Ledige unter 14 Jahre alt 32,80 Proz., Ledige über 14 Jahre alt, Verwitwete und Geschiedene 32,44 Proz. (im Alter von 14—65 Jahren 29,56 Proz., über 65 Jahre 2,88 Proz.), Verheiratete 34,76 Proz. Die ledigen arbeitenden Versicherten mögen hiernach zu den verheirateten etwa im Verhältnis von 6:7 stehen. Von den 20 Mill. Versicherten mögen daher rund 10,4 Mill. als verheiratet und 9,6 Mill. als Ledige, Verwitwete und Geschiedene, im Alter von 14—65 Jahren stehend, betrachtet werden. Von 10,4 Mill. verheirateten erwerbstätigen Versicherten werden etwa 2,9 Mill. Frauen sein. Ich rechne daher im folgenden mit 2,9 Mill. Ehepaaren, wo Mann und Frau arbeiten, 4,6 Mill. verheirateten Männern, wo die Frau nicht mitarbeitet, und 9,6 Mill. ledigen usw. Arbeitenden.

Da im Reiche im Jahre 1900 auf 34,76 Verheiratete 32,80 Kinder und 2,88 über 65 Jahre alte Unverheiratete kamen, kann man auf jede Ehe rund 2 im Haushalt lebende, unterhaltene Angehörige rechnen. Das ergibt für 2,9 Mill. Ehen, wo Mann und Frau versichert sind, 5,8 Mill. Angehörige und für 4,6 Mill. allein arbeitende Familienväter neben den 4,6 Mill. Ehefrauen noch $2 \times 4,6 = 9,2$ Mill. angehörige Kinder und Alte. Hiernach stellt sich die Zahl der Angehörigen der Versicherten überhaupt auf $5,8 + 4,6 + 9,2 = 19,6$ Mill. Personen. 20 Mill. Versicherte + 19,6 Mill. Angehörige = 39,6 Mill. Personen. Die soziale Versicherung würde sich auf zwei Drittel des deutschen Volkes erstrecken.

Im Jahre 1903 kamen (s. Stat. Jahrb. f. d. D. R. 1905, S. 265 u. 267) auf die 7 466 484 in den 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften Versicherten 6 115 164 000 Mk. „in Anrechnung gebrachter Lohnbeträge", das ist auf 1 Versicherte durchschnittlich rund 819 Mk. Für die 11,2 Mill. in Land- und Forstwirtschaft Unfallversicherten finden sich keine Lohnangaben, da für die Beitragsberechnung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wesentlich abweichende gesetzliche Bestimmungen gelten (Arbeitsbedarfsnachweisung, Grundsteuerfuß usw.). Das gleiche trifft für die Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft zu. Für die in Land- und Forstwirtschaft Versicherten wird ein wesentlich geringerer Durchschnittsjahresarbeitsverdienst anzunehmen sein. Ich will mit einiger Willkür für 10 Mill. Personen einen durchschnittlichen Arbeitsverdienst von 820 Mk. und für die anderen 10 Mill. Personen einen solchen von 580 Mk., für die 20 Mill. zusammen also einen Durchschnittsarbeitsverdienst von 700 Mk. annehmen. Der Lohnfonds, für den beizusteuern wäre, betrüge also 14 Milliarden Mark.

Die Kosten wären folgendermaßen zu schätzen: I. Die **Unfallversicherung** kostete im Jahre 1903 für rund ca. 18 Mill. Personen, einschließlich der Einlagen in die Reservefonds (15,5 Mill. Mk.) 152,3 Mill. Mk. Hierunter sind 0,81 Mill. staatlich und kommunal Versicherter mit 9,8 Mill. Mk. Unfallausgaben. Diese abgesetzt kostete sie für ca. 17,19 Mill. Personen 142,5 Mill. Mk. Neu hinzu treten 1,3 Mill. Dienstboten und ca. 1,3 Mill. Hausindustrieller und Heimarbeiter, mit sage durchschnittlich 580 Mk. jährlichem Arbeitsverdienst — bei Anrechnung der Naturalbezüge der Dienstboten (Wohnung, Verköstigung) in Geld. Ein Teil der Heimarbeiter, z. B. die Tabakheimarbeiter, sind aber schon in die Unfallversicherung einbezogen. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften kamen auf 6115,2 Mill. Mk. anrechnungsfähige Löhne insgesamt 108 Mill. Mk.

Ausgaben. Die Unfallversicherung kostete hier durchschnittlich 1,77 Proz. der Löhne. Dieser Satz erscheint für die neu hinzukommenden Dienstboten, Hausindustriellen und Heimarbeiter, die zwar auch Unfallgefahren, aber nicht so erheblichen ausgesetzt sind, zu hoch. Bei der Tabakberufsgenossenschaft kamen auf 77 Mill. Löhne 0,16 Mill. Unfallversicherungsangaben, also nur 0,21 Proz. Dieser Satz ergäbe für die Dienstboten usw. auf die Person (bei angenommenen 580 Mk. Lohn) 1,22 Mk. Unfallversicherungskosten. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften kam auf 11,2 Mill. Personen 32,3 Mill. Mk. Unfallversicherungsausgabe, also auf die Person 2,88 Mk. Die Unfallgefahr der Landwirtschaft ist aber höher als die der Dienstboten und Heimarbeiter. Nimmt man den zwischen 1,22 und 2,88 Mk. liegenden Betrag von 2,08 Mk. (oder 4 Pfg., auf die Person pro Woche) auf die Person an, das ist = 0,36 Proz., so wird das wohl genügen. 2,6 Mill. $\times$ 2,08 = 5,41 Mill. Mk. Hinzu treten noch die Verwaltungskosten und die ziemlich hohen Zuschläge zur Bildung eines Reservefonds (vgl. § 34 des G. U.-G.). Deshalb mag der Beitrag für die Unfallversicherung der Dienstboten, Hausindustriellen und Heimarbeiter auf $\frac{1}{2}$ Proz. des Lohnes oder auf insgesamt 7,54 Millionen Mk. zu erhöhen sein. Die Kosten aller Unfallkrankheitsfolgen sollen auf die Unfallversicherung übergehen. Die Einzelschätzung hierfür folgt weiter unten unter „Krankenversicherung". Die Schätzungsgrundlagen sind spärlich. Nach der Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 24, S. 121, waren im Jahre 1887 von der Zahl der Krankengeldtage mit Erwerbsunfähigkeit nur rund $6\frac{2}{3}$ durch Betriebsunfälle veranlaßt. Die Verhältnisse scheinen sich aber allmählich sehr geändert zu haben, oder die damaligen Berichte der Krankenkassen über die Unfallfolgen für sie waren nicht vollständig. — Gegenwärtig lassen viele Nachrichten von einzelnen Kassen $\frac{1}{6}$ bis $\frac{1}{8}$ der Krankheitsfälle mit Erwerbsunfähigkeit als durch Betriebsunfälle verursacht erscheinen. Bei der großen, gegen 100000 Mitglieder zählenden Allgemeinen Ortskrankenkasse München, die Angehörige recht mannigfacher Berufe in sich faßt, waren in der Zeit vom 2. Mai bis 30. Dezember 1905 die Betriebsunfallkranken 17,1 Proz. aller erwerbsunfähig Kranken. — In der Luxemburgischen Krankenversicherung, die der deutschen sehr ähnlich eingerichtet ist, waren von den mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankenfällen im Jahre 1904 25,6 Proz. (1903: 23,7 Proz.) durch Unfälle verursacht; insbesondere bei den Betriebskrankenkassen 32,4 Proz., Bezirkskrankenkassen 12,5 Proz., Hilfskassen 12,5 Proz. Für alle Erkrankungsfälle, einschließlich derer mit belassener Erwerbsfähigkeit, stellte sich die Unfallversicherung auf 18,7 Proz. (17,3 Proz.). Von 100 bei den Krankenkassen gemeldeten Unfällen wurden aber nur 62 Proz. (63 Proz.) bei den Unfallversicherungsorganen angezeigt. (Vgl.: „Die Krankenversicherung im Großh. Luxemburg 1904." Luxemburg 1905. S. 17 ff.)

Ich will für den großen Durchschnitt der Deutschen Krankenkassen in dem bei der Weiterbildung der sozialen Versicherung erreichten Umfange nur ein Achtel aller Krankengeldtage der Krankenkassen, als aus Betriebsunfällen herrührend, ansetzen. Damit hätte die Unfallversicherung der Krankenversicherung zu erstatten: Krankengeld 21,4 Mill. Mk., Arznei und sonstige Heilmittel 5,8 Mill. Mk, Krankenanstaltsbehandlung 6,4 Mill. Mk. (Das Honorar der Ärzte erhöhte sich auf 17 Mill. Mk. (s. u.). Die Kosten bestimmter Krankheiten, welche bei den Angehörigen bestimmter Berufe auftreten, sollen von den Berufsgenossenschaften übernommen werden. Nach der ganzen Lage der Lehre von den Berufskrankheiten ist anzunehmen, daß der Bundesrat

zunächst nur wenige Berufe (Betriebsarten) herausgreifen und auch nur wenige, klar als Berufskrankheit erkennbare oder mit hoher Wahrscheinlichkeit als Berufskrankheit anzusehende Krankheiten jener Berufe auf die Berufsgenossenschaften hinüberbürden würde. Es sei daher zunächst nur ein kleiner Betrag — sage 2 Mill. Mk. — hier dafür ausgeworfen. Ermäßigen dürften sich infolge der Einrichtung von Versicherungsbezirkskassen die Kosten der Unfallversicherung für Unfalluntersuchung und Feststellung der Entschädigungen (1903 ohne staatliche und kommunale Unfallversicherung: 3,65 Mill. Mk.), Rechtsgang (1,7 Mill. Mk.), Verwaltung (12,2 Mill. Mk.). Dafür dürfte aber die Unfallverhütung, in deren Dienst jetzt nur 76 Beauftragte der Berufsgenossenschaften wirken und für die jetzt nur 1 Mill. Mk. aufgewendet wird, wirkungsvoller auszugestalten sein. Die Ersparnis auf der einen Seite sollte sich mit dem Mehraufwand auf der anderen ausgleichen.

II. **Krankenversicherung** (vgl. Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 163). Die Zahl der Krankheitstage mit Krankengeld oder mit Behandlung in Krankenanstalten schwankt von Jahr zu Jahr stark, je nach dem Charakter der Jahre (Witterung, Influenza, Darmkrankheiten usw., Konjunktur). In dem 19jährigen Zeitraum 1885—1903, für welche die 13 wöchige Unterstützungsfrist als gesetzliche Mindestleistung den Kassen vorgeschrieben war, schwankte die Zahl der jährlichen Krankengeldtage pro Mitglied zwischen 5,4 und 7; bei den beiden wichtigsten Kassenarten, den Ortskrankenkassen zwischen 5,3 und 7,4, den Betriebs-(Fabrik-)Krankenkassen zwischen 5,7 und 7,7. Für längere Perioden zeigt die Relativzahl der Krankengeldtage eine Tendenz der Steigerung; deshalb wird man statt mit der allgemeinen Durchschnittszahl der 19 Jahre: 6,2 Tage jährlich auf das Mitglied, der Sicherheit halber, lieber mit der Höchstzahl: 7,0 Tage rechnen. Jetzt ist die Gemeindekrankenversicherung in mannigfacher Hinsicht ungenügend ausgestaltet. Dem wird es zuzuschreiben sein, daß bei ihr (mit einer Schwankung zwischen 3,9 und 4,7 Tagen pro Mitglied) im großen Durchschnitt nur 4,3 Krankengeldtage auf das Mitglied entfielen. Wird die Gemeindekrankenversicherung mit ihren 1 ½ Mill. Mitgliedern beseitigt und die Krankenversicherung in den Gemeinden bequemer und wirkungsvoller ausgestaltet, so wird sich die Krankentagzahl dort nicht niedriger als anderswo gestalten.[1]) Dann wird man die oben angenommene Zahl von 7 Tagen pro Mitglied um etwa 5 Proz. zu erhöhen haben, auf 7,35 Tage. Wird künftig auch für Sonn- und Feiertage Krankengeld gezahlt, so erhöht sich die Krankengeldtagezahl um fast ein Sechstel; nicht voll ein Sechstel, weil in den Krankenanstaltstagen die Sonn- und Feiertage schon mitgezählt sind. Wir erhöhen deshalb nur um $^1/_7$. Es werden aus 7,35 Tagen nun 8,4 entschädigte Krankentage pro Mitglied. Gegenüber dem Allgemeindurchschnitt des Jahres 1903: 7,0 Tage ist dies eine Erhöhung um ganze 20 Proz. Um diese 20 Proz. ist auch das gezahlte Krankengeld zu erhöhen; aus 79,1 Mill. Krankengelder des Jahres 1903 werden so 94,92 Mill. Mk. bei 10,22 Mill. Mitgliedern. Für 10 Mill. Personen werden 820 Mk. Lohn als Durchschnitt angenommen = 8200 Mill. Mk.; für 0,22 Mill. nur 580 Mk. Durchschnitt = 127,6 Mill. Mk. Lohn; aus zusammen 8327,6 Mill. Mk. Lohn stammen

[1]) Nach den 35 Wochenberichten der Ortskrankenkasse München für die Zeit vom 2. Mai bis 30. Dezember 1905 betrug der Stand der erwerbsunfähig Kranken im Mittel 2,62 Proz. der Versicherten, bei den Versicherten der Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht aber im Mittel 2,73 Proz.

dann die Krankengelder im Betrage von 94,92 Mill. Mk. Das heißt, das Krankengeld würde 1,14 Proz. der Lohnsumme ausmachen. Für die weiter hinzukommenden 9,78 Mill. neu Krankenversicherter (Land- und Forstwirtschaft, Dienstboten, Hausindustrielle und Heimarbeiter) mit durchschnittlich nur 580 Mk. Lohn beträgt der Lohnfonds $9{,}78 \times 580 = 5672{,}4$ Mill. Mk. Hier auch 1,14 Proz. als Betrag des Krankengeldes angenommen, ergibt für diese Versicherten noch 64,67 Mill. Mk. Krankengeld. $94{,}82 + 64{,}67 = 159{,}49$ Mill. Mk. Krankengeld bei 20 Mill. Versicherter. Nun ist aber durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 die gesetzliche Unterstützungsdauer der Krankenkassen von 13 auf 26 Wochen erhöht worden. Die Erhöhung greift Platz vom 1. Januar 1904. Ihre Wirkungen sind noch abzuschätzen. Nach den in Bd. 84 der Statistik des Deutschen Reiches, Krankenversicherung im Jahre 1894, auf den Seiten XLIV und XLV in den beiden Spalten 12 gegebenen Daten hat man von einer Erhöhung der Unterstützungsfrist von 13 auf 26 Wochen eine Erhöhung der Krankengeldtage bei den Männern um 11,8 Proz., bei den Frauen um 15,9 Proz. zu erwarten. Tatsächlich hatten aber so viele deutsche Krankenkassen bereits vorher die Unterstützungsdauer statutarisch erhöht, daß letztere im Jahre 1903 statt 13 Wochen schon 16,8 Wochen betrug. Das verringert die anzusetzende Erhöhung bei den Männern von 11,8 auf weniger als 6,7 Proz., bei den Frauen von 15,9 auf weniger als 9,1 Proz. Da sehr viel mehr Männer als Frauen versichert sind,[1]) so hat man höchstens 7,5 Proz. Steigerung der Krankengeldtage durch die Verlängerung der gesetzlichen Unterstützungsdauer zu erwarten. 159,49 Mill. Mk. um $7\,{}^1/_2$ Proz. vermehrt, ergibt rund 171,5 Mill. Mk. für Krankengeld. Wird von der Unfallversicherung für die Kosten von Betriebsunfällen ein Achtel des Betrages an Krankengeld mit 21,4 Mill. Mk. erstattet, so verbleiben der Krankenversicherung Krankengeldausgabe 150,1 Mill. Mk. Für Arznei und sonstige Heilmittel betrug bei 10,22 Mill. Versicherten die Ausgabe 1903: 28,9 Mill. Mk. In dieser Arzneiausgabe ist auch die für einige Millionen mitunterstützter Angehöriger enthalten. Es ist unbekannt, wieviele Angehörige schon jetzt mit krankenunterstützt werden. Angenommen, die Versicherten und mitunterstützten Angehörigen machten jetzt zusammen 13,2 Mill. Personen aus, so wäre das ein Drittel der späteren Anzahl. Für 39,6 Mill. Personen wird also $3 \times 28{,}9 = 86{,}7$ Mill. Mk. Ausgabe für Arznei und sonstige Heilmittel angesetzt. Da die Arzneiausgabe aber von Jahr zu Jahr steigt und die Verlängerung der Unterstützungsdauer auf 26 Wochen auch steigernd einwirken wird, möge auch hier eine Erhöhung angesetzt werden, um $7\,{}^1/_2$ Proz. auf 93,2 Mill. Mk. Von dem Medizinaufwand wird die Unfallversicherung einen Teil zu erstatten haben. Sind die 20 Mill. Versicherten selber mit ${}^1/_2 \times 93{,}2 = 46{,}6$ Mill. Mk. an der Arzneiausgabe beteiligt, so wird davon nach oben genannten Annahmen ein Achtel als von Betriebsunfällen veranlaßte Ausgabe zu betrachten und ${}^1/_8 \times 46{,}6 = 5{,}8$ Mill. Mk. hier abzusetzen sein. Wir erhalten somit $93{,}2 - 5{,}8 = 87{,}4$ Mill. Mk. für Arznei und sonstige Heilmittel. Die Sterbegelder betragen jetzt bei 10,22 Mill. Versicherter mit 8327,6 Mill. Mk. Lohnfonds 5,4 Mill. Mk. oder 0,065 Proz. der Lohnsumme. Daher bei 20 Mill. Versicherter und 14 Milliarden Lohnfonds nun 9,1 Mill. Mk. für Sterbegelder. Hierzu tritt noch eine vermehrte Zahlung von Sterbegeldern bei Tod von Ehefrauen und von Kindern. Insgesamt werden daher nun 15 Mill. Mk. für Sterbegelder angesetzt. Nach den oben gemachten

[1]) 1903 kamen in der Krankenversicherung auf je 100 Männer 33,2 Frauen.

Vorschlägen sollen die Sterbegelder aber aus der Krankenversicherung ausgeschieden und von der Alters- und Hinterbliebenenversicherung getragen werden.

Die Krankenanstalten erfordern jetzt 23,7 Mill. Mk. Pflegekosten bei 10,22 Mill. Versicherten. Die Ausgabe ist im Steigen. Für 20 Mill. Versicherte wird daher das Doppelte angesetzt: 47,4 Mill. Mk. Auch hier wird, wie bei Krankengeld und Arznei eine Erhöhung von $7^1/_2$ Proz. angebracht sein. Dann steigt die Ausgabe für Behandlung in Krankenanstalten auf 51 Mill. Mk. An diesem Betrage wird die Unfallversicherung mit $^1/_8$ = 6,4 Mill. Mk. zu beteiligen sein. Dann verbleiben der Krankenversicherung als Ausgabe an die Krankenanstalten 44,6 Mill. Mk. Die Ausgaben für das Heilpersonal sind jetzt in dem Posten für ärztliche Behandlung mit enthalten. Nach meinen Vorschlägen sollen nun in ausgedehnterem Maße in den entlegeneren Gemeinden Krankenschwestern fest stationiert werden, solche zur Krankenpflege und Haushaltführung (als statutarische eventuelle Mehrleistung) gewährt werden, Massage und Desinfektion in erhöhtem Maße zur Anwendung kommen. Ich setze neu dafür ein: 30 Mill. Mk.

Für eine Mutterschaftsversicherung gibt der jetzige Aufwand von 2,9 Mill. Mk. für Wöchnerinnen keinen Anhalt. Ich schätze in folgender Weise. Die erweiterte Krankenversicherung umfaßt 39,6 Mill. Personen; 36 Geburten (einschließlich der Totgeborenen) durchschnittlich auf 1000 Einwohner gerechnet, ergibt 1425600 Geburten. Auf jede 6 Wochen Schwangerschafts- und 6 Wochen Wöchnerinnenunterstützung gerechnet, ergibt 17107200 Unterstützungswochen. 580 Mk. als Jahres-Durchschnittslohn oder 11,15 Mark als Wochendurchschnittslohn der Frau angenommen, ergibt, wenn der halbe Lohn als Unterstützung gezahlt wird, 5,58 als Unterstützung für 1 Woche oder, nach oben abgerundet, 5,60 Mk., gleich 80 Pfennig pro Tag. Für 17107200 Unterstützungswochen der Schwangeren und Wöchnerinnen sind dann anzusetzen 95,8 Mill. Mk. Für Hebammendienste zu durchschnittlich 10 Mk. für die Geburt setze ich neu ein: 14,3 Mill. Mk. Was die geplanten Stillprämien betrifft, so möge die erste Prämie von 25 Mk. an diejenigen Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen, unter Berücksichtigung des Abgangs der ca. 40000 Totgeburten und eines unausbleiblichen zuerst starken Abganges an Säuglingen, und andererseits derjenigen Mütter, die nicht stillen können oder dürfen, oder denen der Erwerb es doch unmöglich macht, nur mit 600000 Fällen angenommen werden. Nach weiteren 6 Monaten werden es wohl kaum noch 400000 Mütter sein, die selbst stillen. Hiernach 1 Mill. Stillprämien à 25 Mk. = 25 Mill. Mk. Für Mutterschaftsversicherung also insgesamt 135,1 Mill. Mk.

Die Ausgabe für Rekonvaleszenten ist jetzt ganz unerheblich: nur 0,16 Mill. Mark bei 3,78 Millionen Krankheitsfällen mit Erwerbsunfähigkeit! Daß die Rekonvaleszenten-Unterstützung eines weiteren Ausbaues, einer häufigeren Anwendung zur Erreichung der vollen Erwerbsfähigkeit bedarf, ist ohne weiteres klar. Vermutlich tritt sie aber schon oft ein, indem mancher Arzt aus Mitleid den Nichtmehrkranken, aber noch nicht wieder Vollkräftigen doch weiter als erwerbsunfähig Kranken aufführt. Andererseits fehlt dem Arzt jetzt bei chronisch Kranken, die noch erwerben, die noch nicht im Sinne des § 5, Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes als dauernd erwerbsunfähig anzusehen sind, eine Zwischenstufe zwischen Fürsorge der Krankenversicherung und Fürsorge der Invalidenversicherung. Für die Größe des Bedürf-

nisses kann folgendes einen Anhalt geben: Eine Verlängerung der Unterstützungsdauer der Krankenkassen über 26 Wochen hinaus auf 1 Jahre würde die Zahl der Krankengeldtage steigern bei den Männern im Verhältnis von 111,8 auf 120,5 oder von 100 auf 107,8, bei den Frauen im Verhältnis von 115,9 auf 126,3 oder von 100 auf 109,0. Für beide Geschlechter zusammen beträgt die Steigerung, da die Männer dreimal so zahlreich als die Frauen versichert sind, nur 8,1 Proz. Dieser Prozentsatz auf den unter B. 1 für die ersten 26 Wochen nachgewiesenen Bedarf an Krankengeld (150,1 Mill. Mk.) angewendet, läßt es empfehlenswert erscheinen, für Rekonvaleszenz und Halbinvalität 12,2 Mill. Mk. auszusetzen. Aus diesem Betrage kann noch die „Krankenrente" der Invalidenversicherung, die im Jahre 1903 2,2 Mill. Mk. erforderte, bestritten werden.[14]) Die vorbeugende Heilbehandlung ist bis jetzt eine von den Invalidenanstalten übernommene Aufgabe. Sie verwendeten im Jahre 1903 dafür 9,9 Mill. Mk. Die Ausgabe für diesen Zweig der Fürsorge sind in schneller Entwicklung begriffen. In Rücksicht hierauf und auf die eintretende Vermehrung der Invalidenversicherten von etwa 13,1 auf etwa 20 Mill. Personen, wird man das Doppelte der bisherigen Ausgabe ansetzen dürfen, rund 20 Mill. Mk. Die Verwaltung der Krankenkassen kostet gegenwärtig pro Mitglied nur 1,16 Mk. — insgesamt (1903) 11,8 Mill. Mk. Der Grund liegt darin, daß für 1,5 Mill. in der Gemeindeversicherung die Gemeinden die Verwaltungskosten ganz und für 2,6 Millionen in den Betriebs- und Bau-Krankenkassen Versicherter die Unternehmer sie fast ganz zu tragen haben. In den Versicherungsbezirkskassen fallen diese Gratisdienste fort. Es betragen die Verwaltungskosten pro Mitglied bei den Ortskrankenkassen 1,79 Mk., den Innungskrankenkassen 2,11 Mk, den Eingeschriebenen Hilfskassen 2,14 Mk. Da aber andererseits durch die Zusammenlegung der Krankenkassen Ersparnisse entstehen müssen, auch für Eintreibung der Beiträge und andere ihnen geleistete Dienste doch von den Unfallberufsgenossenschaften und der zentralisierten Alters-, Invaliden- und Reliktenversicherung Rückerstattungen zu erwarten sind (etwa 6 + 4 Mill. Mk.), so wird es genügen, 1,50 Mk. pro Kopf der 20 Mill. versicherten Personen für Verwaltung der Bezirkskassen, zu Lasten der erweiterten Krankenversicherung, anzusetzen = 30 Mill. Mk. Die Kosten für ärztliche Hilfe (siehe unten) mögen 116 Mill. Mk. betragen.

III. Bezüglich der Alters- und Invaliden-Versicherung können wir hier einen anderen Weg einschlagen, indem wir aus den bisherigen Markenbeiträgen einen Prozentsatz ableiten. Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes sind für die Invalidenversicherten jetzt Lohnklassen gebildet, für die Wochenbeiträge erhoben werden. Letztere auf das Jahr umgerechnet, zeigen, welche Beiträge der Versicherten (Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen) als ausreichend (neben dem bleibenden Reichszuschuß von 50 Mk. zu jeder Rente) betrachtet werden.

[14]) Nach § 16 I.-V.-G. erhält Invalidenrente auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit („Krankenrente").

	Wöchentl. Pfg.	Jährl. Mk.	In Prozent des Arbeitsverdienstes:
Lohnklasse I bis 350 Mk. .	14	7,28	über 2,08
„ II von mehr als			
350 . . .	20	10,40	von 2,96
bis zu 550 Mk.	20	10,40	bis herab zu 1,90
„ III von mehr als			
550 . . .	24	12,48	von 2,26
bis zu 850 Mk.	24	12,48	bis herab zu 1,47
„ IV von mehr als			
850 . . .	30	15,60	von 1,83
bis zu 1150 Mk.	30	15,60	bis herab zu 1,36
„ V von mehr als			
1150 . . .	36	18,72	unter 1,63

Da nach der Stückzahl mehr als die Hälfte der Marken in den Lokalklassen III bis V geklebt wird, müssen etwa 2 Proz. als ausreichend zur Deckung betrachtet werden. 2 Proz. von 14 Milliarden Lohnfonds betragen 280 Mill. Mk. Jetzt (1903) betrug die Ausgabe (ohne den Staatszuschuß) 106,1 Mill. Mk., zu denen noch die Aufbringung für Vermögensbildung von 77,2 Mill. Mk. trat, also zusammen 183,3 Mill. Mk. für schätzungsweise 13,1 Mill. Versicherte. Nun sollen 20 Mill. Personen als Versicherte erfaßt werden; außerdem sollen sie sich nach Lohnstufen, sondern nach wirklichen Löhnen beitragen. Die Steigerung von 183,3 auf 280 erscheint demnach nicht unwahrscheinlich. Die Altersrenten betrugen 1903 222,1 Mill. Mk. Sie gehen an Bedeutung zurück. Jetzt soll aber an Stelle der Altersgrenze von 70 die von 65 Jahren treten. Von der Bevölkerung überhaupt machen die 70 Jahre und darüber Alten 2,75 Proz. aus, die Altersklasse von 65—70 aber nur 1,42 Proz. Nun hat aber die Arbeiterbevölkerung „wahrscheinlich“ eine verhältnismäßig geringere Zahl über 70 Jahre Alte und ist vielleicht in den Jahren von 65—70 gegenüber den über 70jährigen stärker besetzt. Deshalb mögen der Sicherheit halber statt weniger als 22 Mill., sogar 35 Mill. hinzugefügt werden, das ist $^1/_4$ Proz. des Lohnfonds. Das brächte die Beiträge zur Alters- und Invalidenversicherung auf $2^1/_4$ Proz. des Lohnes. Nun soll aber die neue Alters- und Invalidenversicherung höhere Renten als die alte gewähren. (Vgl. oben das Schema in dem Abschnitt über die Leistungen.) Es ist schwer, die Mehrausgabe nach dem neuen Rentenschema kurz und zugleich allgemeinverständlich darzustellen. Ein Beispiel mag orientieren. Im Jahre 1903, im 13. Jahre des Bestehens der Alters- und Invalidenversicherung, betrug der Durchschnitt der bewilligten Invalidenrente 152,27 Mk. und der Altersrenten 155,94 Mk. Ohne den 50 Mk. auf jede Rente betragenden Reichszuschuß betrug die aus Beiträgen erreichte Rentenhöhe also rund 102 und 106 Mk. Nach 13 Jahren Beitragsleistung wird die neue Invalidenrente 28,25 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes ausmachen. Für den angenommenen Durchschnittssatz von 700 Mk. Jahres-Arbeitsverdienstes wird sie also 197,75 Mk. betragen. Hierzu tritt noch der Reichszuschuß mit 50 Mk. Nach 13 Jahren Beitragsleistung wird die neue Altersrente 14,125 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes und für das dritte und jedes weitere Kind (unter 15 Jahren) des Altersrentners 3,531 Proz. des gleichen Arbeitsverdienstes betragen. Da nun die Altersrente mit dem vollendeten 65. Jahre schon beginnt, mag zuweilen noch ein drittes unerwachsenes Kind im Hause sein. Dann z. B. erhält

der Altersrentner 14,125 × 3,531 = 17,556 Proz. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes. Im allgemeinen Durchschnitt wieder 700 Mk. als Arbeitsverdienst angesetzt, erhält er 122,89 Mk. neben den 50 Mk. Reichszuschuß. Und bei jedem unerwachsenen Kind wieder um 3,531 Proz. mehr. Für die Kinderrenten neben Halbinvaliden- und Altersrenten nehme ich keinen Reichszuschuß an. In den beiden Beispielen werden aus Beiträgen erreicht: in der Invalidenversicherung bisher 102,27 Mk. nun 197,75 Mk. also nun mehr 93,3 Proz.; in der Altersversicherung bisher 105,94 Mk. nun 122,89 Mk., also nun mehr 16 Proz. Angesichts dessen, daß die Invalidenrenten viel häufiger als die Altersrenten sind, — am 1. Januar 1904 liefen 663,140 Invalidenrenten und nur 156,618 Altersrenten —, mag die nötige Steigerung des Beitragssatzes der Alters- und Invalidenversicherung, um deren Renten auskömmlicher zu gestalten, $^{8}/_{10}$ oben schon berechneten Satzes von $2^{1}/_{4}$ Proz. des Lohnes betragen. So werden als erforderlicher Beitrag statt 2,25 Proz. nun 4,05 Proz. des Lohnes angesetzt. Die Sterbegelder, siehe oben unter B 3 = 15 Mill. Mk., sollen von der Invalidenversicherung übernommen werden. Andererseits fallen aber für Krankenrenten (jetzt) 2,2 Mill. Mk. und für Heilverfahren (jetzt) 9,9 Mill. Mk. bei der Invalidenversicherung nun fort. Die Steigerung beträgt 2,9 Mill. Mk. = 0,02 Proz. des Lohnfonds von 14 Milliarden.

IV. Witwen- und Waisenversicherung. Bei der Schätzung der Zahl der Versicherten wurde mit 2,9 Mill. Ehepaaren gerechnet, bei denen Mann und Frau arbeiten mit 4,6 Mill. Ehepaaren, bei denen der Mann allein Arbeitnehmer ist, zusammen also mit 7,5 Mill. Ehepaaren unter den Versicherten. In der Bevölkerung überhaupt des Deutschen Reiches (1900) kann auf ca. 9,8 Mill. Ehepaare 2,4 Mill. weibliche Verwitwete und Geschiedene, als rund auf 4 Ehepaare eine Witwe. (Siehe Stat. Jahrb. 1905. S. 4.) Im Beharrungszustand wird die Witwen- und Waisenversicherung es also mit $^{1}/_{4}$ × 7,5 Mill. = 1875000 Witwen zu tun haben. Wir haben im großen Durchschnitt mit 700 Mk. Jahresarbeitsverdienst pro versicherte Person gerechnet. Da es sich nun aber hier beim Tode des Mannes stets nur um Männerlöhne handelt, wollen wir den Durchschnitt auf den Durchschnitt der gewerblichen Arbeiter (männliche und weibliche zusammen), d. i. auf 820 Mk. erhöhen. Nach unseren Vorschlägen sollte die Witwe von je 100 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Mannes anfänglich 6,25 Mk., mit den Beitragsjahren steigend bis 9,375 Mk. erhalten. Nehmen wir als Mittelwert 30 Beitragsjahre bis zum Tode des Mannes an, so gilt der Satz 8,125 Mk. pro 100 Mk. Arbeitsverdienst. 820 Mk. à 8,125 Proz. = 66,63 Mk. Aus den Beiträgen der Versicherten (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) erfordert die Witwenversorgung demnach 1875000 × 66,63 Mk. = 124,83 Mill. Mk. Zu diesen mußten noch treten von Seiten des Reiches: 1875000 × 50 Mk. = 93,75 Mill. Mk. Das sind die Ausgaben an Umlagen im Beharrungszustand, wenn kein Kapitaldeckungsverfahren einen zinstragenden Reservefonds durch von vornherein erhöhte Prämien geschaffen hat. Der Beharrungszustand wird aber erst nach langen Jahren erreicht. Denn zunächst hat man es nur mit 1 Jahrgang neuer Witwen zu tun, zu denen immer wieder neue Jahrgänge treten, während sich die alten durch Tod oder Wiederverheiratung der Witwen in der Witwenrentenzahl wieder mindern. Auf wie viel Witwen ist für 1 Jahrgang zu rechnen? Nach dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin auf das Jahr 1904 (S. 4 und 48) kamen auf einen mittleren Bestand von 380854 Ehemännern 6240 Sterbefälle solcher, = 1,64 Proz. Diesen Satz auf 7,5 Mill.

Ehen in der sozialen Versicherung angewendet, sind für diese etwa 123000 neuer Witwen jährlich zu erwarten. Zunächst werden die Witwen von je 100 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Mannes nur 6,25 Mk. erhalten; bei 820 Mk. durchschnittlichen Arbeitsverdienstes also nur 51,25 Mk. 123000 Verwitwungsfälle des ersten Jahrganges der Verwitwungen kosten dann im Umlageverfahren nur 123 000 × 51,25 = 6,3 Mill. Mk. Der Reichszuschuß beträgt dann 123000 × 50 = 6,15 Mill. Mk. für diesen einen Jahrgang Witwen. Selbstverständlich verdoppeln, verdreifachen, vervierfachen, vervielfachen sich diese Umlagebeiträge und Reichszuschußbeträge rasch. Ich komme jetzt zu den Waisen. In der Bevölkerung überhaupt kamen (1900) auf 9,8 Mill. Ehen 9,8 Mill. Knaben 9,8 Mill. Mädchen im Alter und von bis unter 14 Jahren, auf jede Ehe also 2 Kinder. Die beiden Kinder zusammen werden ebensoviel zu erhalten haben, wie die Mutter. Daraus ist nun aber nicht zu folgern, daß die Waisenversorgung ebensoviel kosten werde wie die Witwenversorgung; denn die Witwen bleiben durchschnittlich längere Zeit im Witwenstande, als die beim Tode des Vaters vorhandenen Waisen im Kindesalter sich befinden. Auf jährlich 123000 Sterbefälle von Familienvätern werden 246000 Waisen im Kindesalter zu rechnen sein, die durchschnittlich etwa $8^1/_2$ Jahr Rente beziehen. Im Beharrungszustand brauchte man, abgesehen von den erwachsenden Verwaltungskosten, etwa 246000 × 3,125 × 8,2 × 8,5 = 45,78 Mill. Mk. für die Waisenversorgung. Dieser Betrag würde mit jedem Jahr nur ein wenig höher werden (— um weniger als je 1 Proz. —), wegen des mit der größeren Zahl der Beitragsjahre für eine große Zahl der neuen Fälle allmählich erhöhten Rentenberechnungssatzes. Bei reinem Umlageverfahren betrügen die Kosten des ersten Jahrgangs Waisen jährlich 246000 × 3,125 × 8,2 = 6,3 Mill. Mk. Hierneben für 246000 Waisenrenten 25 Mk. als Reichszuschuß angenommen, betrüge letzterer zunächst 6,15 Mill. Mk. Selbstverständlich vervielfältigen sich auch diese Umlage- und Reichzuschußbeträge rasch. Trotzdem ist aus einem praktischen Gesichtspunkte für die Witwen- und Waisenversicherung das Umlageverfahren vorzuziehen. Voraussichtlich wird die Industrie in den nächsten Jahren, um die durch die Handelsverträge herbeigeführte Erhöhung der Nahrungsmittelpreise wett zu machen, sowieso schon mit Lohnerhöhungen vorzugehen haben. Es ist zwar zu empfehlen, daß sie außerdem auch erhöhte Beiträge für eine erweiterte und wirkungsvollere soziale Versicherung aufbringe. Aber die Industrie wird die neuen Lasten der letzteren leichter tragen, wenn sie allmählich in sie hineinwächst. Es ist daher auch davon abzuraten, daß man (etwa nach der im § 34 des U.-V.-G. beliebten Weise) die nötigen Umlagebeiträge durch hohe Reservefondszuschläge vermehrte. Im Beharrungszustand mag einst — nach vielen Jahren — die Witwen- und Waisenversicherung zusammen an Umlagebeiträgen dann 1,4 Proz. oder 196 Mill. Mk. bei einem Lohnfonds von 14 Milliarden Mk. kosten. In den ersten Jahren wird sie aber noch nicht 1 per mille, 2 per mille, 3 per mille des Lohnes als Umlage erfordern. Solche allmähliche Steigerung ist für die Industrie um vieles wünschenswerter.

V. Das **Ärztehonorar** für alle Leistungen für die soziale Versicherung (also außer für ärztliche Behandlung auch für die Attestierungen, die Funktionen der Vertrauens- und Vertrauensoberärzte, die Spezialisten, die Geburtshilfe, die Operationen und die Kilometergelder) — ist allen Versicherungszweigen gemeinsam. Daher kann es erst hier seinen Platz finden. Nach der Formel 4 Mk.

pro Mitglied und 4 Mk. pro Mille des Lohnfonds ergeben sich bei 20 Mill. Versicherten und 14 Milliarden Lohnfonds 136 Mill. Mk. Einkommen des Ärztestandes aus der sozialen Versicherung. Ungefähr $^1/_8$ dieses Honorars dürfte von der Unfallversicherung zu übernehmen sein, sowohl für Behandlung von Unfallkranken, als auch für die sonstigen ärztlichen Leistungen zur Unfallversicherung. = 17 Mill. Mk. Die Invalidenversicherung dürfte an Attest- und Beobachtungskosten bei 1 Mill. alter und neuer Invalidenrentner vielleicht 3 Mill. Mk. Arztkosten zu übernehmen haben. Dann bleiben zu Lasten der Krankenversicherung 136 — 17 — 3 = 116 Mill. Mk.

Ich wiederhole die Schätzungen aber in folgender Zusammenstellung:

A. Unfallversicherung.

1. für 17,19 Mill. Personen		142,5	Mill. Mk. Kosten.
2. für 2,6 Mill. Dienstboten und Heimarbeiter		7,54	" " "
3. für Erstattung an Krankenversicherung: Krankengeld	21,4		
Arznei und sonstige Heilmittel	5,8		
Krankenanstaltsbehandlung	6,4	33,6	" " "
4. Arzt		17,0	" " "
5. Kosten bestimmter Krankheiten		2,0	" " "
zusammen		202,64	Mill. Mk. Kosten.

Der Lohnfonds der 19,8 Mill. Unfallversicherten wird in der Hauptsache dem der krankenversicherten 20 Mill. Personen gleich zu erachten sein. In letzterer schätzten wir ihn auf 14 Milliarden Mk. Die Unfallversicherung kostet den Arbeitgebern demnach durchschnittlich 1,45 Proz.

B. Erweiterte Krankenversicherung.

1. Krankengeld		150,1	Mill. Mk. Kosten.
2. Arznei und sonstige Heilmittel		87,4	" " "
3. Sterbegeld (kommt nach Invalidenversicherung)		—	" " "
4. Krankenanstaltsbehandlung		44,6	" " "
5. Heilpersonal		30,0	" " "
6. Mutterschaftsversicherung. Unterstützung d. Schwangeren und Wöchnerinnen	95,8		
Hebammendienste	14,3		
Stillprämien	25,0	135,1	" " "
7. Rekonvaleszenz, Halbinvalidität		12,2	" " "
8. Vorbeugende Heilbehandlung		20,0	" " "
9. Verwaltung		30,0	" " "
10. Arzt		116,0	" " "
Auf 14 Milliarden Lohnfonds demnach		625,4	Mill. Mk. Kosten.

Die Kosten der Krankenversicherung betragen 4,47 Proz. des Lohnes. Nun müssen die Kosten der Krankenversicherung aber eine steigende Tendenz haben, weil das Krankengeld mit jedem Beitragsjahre um $^1/_2$ Proz. steigen soll. Dieser Steigerung sind von den obigen Posten unterworfen: Krankengeld 150,1, Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung 95,8, Rekonvaleszenz, Halbinvalidität 12,2, alles zusammen 258,1 Mill. Mk. Nach 20 Beitragsjahren steigert sich der Prozentsatz von 50 auf 60 Proz. des Lohnes, also um $^1/_5$. Nur ein Teil der Versicherten werden aber nach 20 Jahren Versicherte mit 20 Beitragsjahren sein. Trotzdem die Steigerung mit 50 Mill. Mk. angesetzt, ergibt für 14 Milliarden Lohnfonds, daß dann 0,36 Proz. mehr Beitrag für die Krankenversicherung zu zahlen sein

werden, also dann 4,47 + 0,36 = 4,83 Proz. 4,83 Proz. für die erweiterte Krankenversicherung nach 20 Jahren ist aber nicht zu hoch, wo schon im gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetz die zulässige Beitragsgrenze auf 6 Proz. festgesetzt ist.

C. Alters- und Invalidenversicherung.

Es wurde oben nachgewiesen, daß 4,05 + 0,02 Proz. genügen, um ihre Verpflichtungen zu erfüllen.

D. Witwen- und Waisenversicherung.

Sie wird einst nach vielen Jahren im Beharrungszustand an Umlagebeiträgen ca. 1,4 Proz. oder bei dem Lohnfonds von 14 Milliarden Mk. gegen 196 Mill. Mk. kosten. Hier werden zunächst nur die Kosten des ersten Jahrgangs Verwitwungen eingestellt, die sich schnell verdoppeln, verdreifachen, mit den Jahren bis zum Beharrungszustand vervielfachen.

1. Witwenrenten	6,3 Mill. Mk.
2. Waisenrenten	6,3 „ „
zusammen	12,6 Mill. Mk.

d. h. zunächst weniger als 0,1 Proz. des Lohnfonds.

Hiernach kostet durchschnittlich den Arbeitgebern: Die Unfallversicherung 1,45 Proz. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen zusammen halb und halb in einem Einheitsbeitrag die übrige soziale Versicherung:

Kranken- und Mutterschaftsversicherung	4,47 Proz.
Alters- und Invalidenversicherung	4,07 „
Witwen- und Waisenversicherung	0,1 „
zusammen	8,64 Proz.

Für die Beitragsversicherung wird es genügen, $^1/_{10}$ des Einheitsbeitrages, $^1/_{10} \times 8,64 = 0,86$ Proz. einzuheben. Von der Voraussetzung, daß etwa $^1/_{10}$ des Jahres auf beschäftigungslose Zeit zu rechnen sein möchte, ging auch schon einst der Gesetzgeber aus, indem er das Versicherungsjahr statt zu 52 nur zu 47 Wochen rechnete. Der Einheitsbeitrag stellt sich demnach auf 8,64 + 0,86 = 9,5 Proz. des Lohnes Der Einheitsbeitrag wird 3 Monate lang mit 8 Pfg. pro Mk. Lohn, die anderen 9 Monate lang mit 10 Pfg. pro Mk. Lohn ausgeschrieben. Er wird halb und halb, erst 3 Monate lang mit 4 Pfg., dann 9 Monate lang mit 5 Pfg. pro Mk. Lohn von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. So zunächst. Wenn nach vielen Jahren der Beharrungszustand erreicht sein wird, werden die Beitragsprozente betragen:

Kranken- und Mutterschaftsversicherung	4,83 Proz.
Alters- und Invalidenversicherung	4,07 „
Witwen- und Waisenversicherung	1,40 „
Beitragsversicherung	1,05 „
Einheitsbeitrag dann zusammen	11,35 Proz.

Der Einheitsbeitrag, von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zusammen, und der der Arbeitgeber allein für Unfallversicherung zusammen macht:

1. zunächst 9,5 + 1,45 = rund 11 Proz,
2. später im Beharrungszustand 11,35 + 1,45 = rund 13 Proz. aus.

Bei 14 Milliarden Lohnfonds demnach erst 1,540, später im Beharrungszustand 1,820 Milliarden Mk. Zu diesen Beiträgen treten die Zinsen des bisher gebildeten Vermögens. Nach dem „Atlas der Arbeiterversicherung“ (S. 16) betrug es 1901 für die Arbeiterversicherung insgesamt 1,3 Milliarden Mk. Bis zum Jahre 1910, dem Jahre des Inlebentretens der Witwen- und Waisenversicherung, dürfte es sich auf über 2,2 Milliarden Mk. vermehrt haben und zu 3 Proz.

mindestens 66 Mill. Mk. Zinseneinnahme schaffen. Der Reichszuschuß ist in den obigen Rechnungen nur zum Teil erwähnt worden. Er betrug im Jahre 1903 bei der Alters- und Invalidenversicherung 41,9 Mill. Mk. Er steigt von Jahr zu Jahr. Auch die Vermehrung von ca. 13,1 Mill. Invaliden-Versicherter auf 20 Mill. wird ihn steigern. Er wird dann bald 70 Mill. Mk. und darüber zu betragen haben. In den vorstehenden Schätzungen ist als erforderlicher Reichszuschuß sowohl zur Witwen- als zur Waisenversicherung zunächst je 6,15 Mill. Mk., zusammen 12,3 Mill. Mk. angesetzt. Dieser Reichszuschuß stiege aber nach und nach für die Witwenversicherung auf 93,75 Mill. Mk. und für die Waisenversicherung rasch auf über 50 Mill. Mk. Reichszuschuß jährlich dann $94 + 50 + 70 = 214$ Mill. Mk. und darüber? Sicherer wird es sein, den Versicherungseinheitsbeitrag aus dem Lohnfonds um ca. $^1/_2$ Proz., zuerst auf 10, dann auf rund 12 Proz. zu steigern, d. i. um 70 Mill. Mk. und nur auf 144 Mill. Mk. (und darüber) vom Reich zu rechnen. Vorstehende Darlegungen zeigen, welche enormen Summen für eine einigermaßen auskömmliche Gestaltung des sozialen Versicherungswesens nötig sind. An dem einen Posten mag man etwas abhandeln, an dem anderen etwas zusetzen; ungefähr wird es immer auf das hier Berechnete herauskommen. Solche Summen können nur aus dem Lohnfonds selber aufgebracht werden. Die von anderen vorgeschlagene Drittelung der Kosten zwischen Reich, Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist ganz unmöglich. Sie würde das soziale Versicherungswesen in seiner Entwicklung verkrüppeln.

Die soziale Versicherung erweist keine Wohltaten, sondern sorgt für Wohlfahrt. Sie schenkt nicht, sondern erwidert Leistung mit Gegenleistung; sie ist nicht Armenunterstützung, sondern gesetzlich geregelte, zwangsmäßig organisierte Selbsthilfe. Sie schöpft nicht aus Steuern und Zöllen des Staates, sondern in der Hauptsache aus dem eigenen Lohneinkommen der Arbeiter. Die Taschen des Staates wären schnell erschöpft, der Lohnfonds ist den von der sozialen Versicherung stellbaren Anforderungen gegenüber tatsächlich unerschöpflich. Dem Staat verursachen 50 Mill. jährlich mehr viel Sorge. Kopfzerbrechen, Parteistreit; die Arbeiterversicherung hat wiederholte Steigerungen ihrer Ausgaben und ihrer Einnahmen um 50 und mehr Mill. leicht aufgebracht; man hat sozusagen keine Sorge darum gespürt; man bedurfte ihrer und sie waren da, ohne viel Worte. Diese Erfahrungen berechtigen zu einer Ausdehnung der Arbeiterversicherung extensiv auf größere Volkskreise, intensiv durch erhöhte und erweiterte Leistungen. Der Schritt, der jetzt durch die Einführung der Angehörigen-, Mutterschafts- und der Witwen- und Waisenversicherung getan werden soll, ist nicht größer, als der Schritt, der 1883 und 1889 getan wurde. Damals war es Fürsorge um die Arbeitenden, hauptsächlich um den Mann; jetzt handelt es sich um Fürsorge für das Kind und das Weib des Arbeiters, das Kind — die Zukunft — und das Weib, die Gebärerin der Zukunft. Besserung der hygienischen Verhältnisse der Arbeiterfamilien, dadurch kulturelle Hebung des Arbeiterstandes, Stärkung der Wehrhaftigkeit des Deutschen Reiches durch eine körperlich gesündere Arbeiterjugend, das sind die Ziele, denen die Weiterentwicklung der sozialen Versicherung dienen soll.

Zeitschriftenübersicht.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1906. Nr. 9: F. Steinhaus, Betrachtungen über die sog. vermeidbaren Impfschäden und die Handhabung des Impfgeschäftes im Stadtbezirk Dortmund. — Nr. 11: Heidenhain, Typhus-Epidemie in Insterburg 1905. Nr. 13; Wegner, Wie weit sind wir jetzt in der Kriegsbereitschaft gegen die Säuglingssterblichkeit? — Nr. 14: Picht, Über Bleivergiftungen durch bleierne Brunnenwasserleitungsröhren. — Nr. 16: Schlieben, Zur Aetiologie des Puerperalfiebers. — Nr. 17: J. Bornträger, Welche sanitätspolizeiliche Stellung nehmen die „Bakterienträger“, insbesondere bei epidemischer Genickstarre, im Rahmen unserer Seuchengesetze ein? — Nr. 19: Georgii, Zum Thema der vermeidbaren Impfschäden.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 13: M. Kirchner, Die Tuberkulose und die Schule. — Nr. 14: Schwarz, Die Bedeutung der Koch- und Haushaltungsschulen für Familiengesundheit und häusliche Krankenpflege. — Nr. 15: Granier, Gesundheitsgefährliche Geräusche. — Nr. 16: L. Feilchenfeld, Über Rentenhysterie; Hellwig, Der kriminelle Aberglaube in seiner Bedeutung für die gerichtliche Medizin. — Nr. 16 u. 17: Hellwig, Fortsetzung. — Nr. 18: L. Becker, Die prozentuale Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit Unfallverletzter; Gollmer, Die ärztliche Tätigkeit für die Lebensversicherung im Spiegel einer Todesursachenstatistik; Köhler, Über Unfallbegutachtung des chronischen Emphysems. — Nr. 19: L. Feilchenfeld, Die Beeinflussung innerer Krankheiten durch Unfälle im allgemeinen; Hellwig, Fortsetzung aus Nr. 17.

Prager Medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 21: A. Hanisch, Aus dem Sanitätsberichte der Stadt Reichenberg im Jahre 1905.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1906. Nr. 4: A. Kohn, Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken? Vorstand der Hamburger Krankenkasse für Bureauangestellte contra Behörde für das Versicherungswesen. — Nr. 5: C. Graeser, Bemerkungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine; Kroner, Ein Blick in die Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Nr. 6: F. Zinsser, Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Köln; Clausmann, Prostitution, Polizei und Justiz. — Nr. 7: M. Möller, Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bez. Melderecht, und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten; E. v. d. Steinen, Die Abiturientenvorträge über das Geschlechtsleben; Die Neißerschen Syphilisforschungen auf Java. — Nr. 8: M. Möller, Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes u. s. f. (Schluß).

Tuberculosis. 1906. Nr. 5: J. Mitulescu, La tuberculose en Roumanie; Dietrich, Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit. — Nr. 6: A. Kayserling, Die Organisation der Auskunft- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse nach den Grundsätzen der Seuchenbekämpfung. — Nr. 7: M. Holmboe, Weitere Erfahrungen über die Durchführung der Anzeigepflicht in Norwegen; C. Savoire, Oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose; R. de Josselin de Yong, Jahresbericht des Vereins zur Gründung und zum Betrieb von Volksheilstätten für Lungenkranke in den Niederlanden. — Nr. 8: Berichte der Referenten der V. internationalen Tuberkulose-Konferenz, Haag 6.—8. September 1906. Nr. 9. V. internationale Tuberkulose-Konferenz; F. Prinzing. Die Beziehungen

zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit unter statistischen Gesichtspunkten.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 9: Siegert, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit mit geringen Mitteln; S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe. — Nr. 10: Gaffky, Die Verhütung der Infektionskrankheiten auf Grundlage der neueren Erfahrungen; S. Alexander, Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe. — Nr. 11: O. Aschenborn, Die Rechtsgrundlagen der ärztlichen Tätigkeit in wirtschaftlicher Hinsicht. — Nr. 13: O. Aschenborn, (Fortsetzung aus Nr. 11). — Nr. 14: S. Alexander, Der 34. Deutsche Ärztetag. — Nr. 15: O. Aschenborn, (Schluß). — Nr. 19: Prölß, Die Stromüberwachung bei Seuchengefahr.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

F. Prinzing, Handbuch der medizinischen Statistik. Jena. Gustav Fischer. (15,00 M.). 559 S. — Broeker, Die Gewinnbeteiligung der Versicherten bei den im Deutschen Reiche arbeitenden Lebensversicherungs-Gesellschaften. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft X. — L. Lewin, Über eine akute Nitrobenzolvergiftung. — Über eine schwere in kurzer, Zeit tödlich verlaufene Bleivergiftung und die Frage, ob sie als ein Anfall oder als eine Gewerbekrankheit anzusehen ist. Separatabdr. aus Nr. 5 der Amtl. Nachr. des Reichs-Versicherungsamts vom 15. Mai 1906. — Rotter, Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft des Arztes. München, J. F. Lehmann's Verlag. (0,40 M.). — Schaefer, Der moralische Schwachsinn. Halle 1906. C. Marhold. (3,00 M.). — P. Schenk, Erwiesene und unerwiesene Behauptungen in der Lehre vom Alkohol. Separatabdr. aus D. Medizinal-Ztg. 1906. Nr. 44. — O. Thiessen, Soziale Tätigkeit der Gemeinden. 3. Aufl. M.-Gladbach. Verlag der Zentralstelle des Volksvereins f. d. kathol. Deutschland. (1,50 M.). — Trumpp, Die ansteckenden Kinderkrankheiten in Wort und Bild. München, J. F. Lehmann's Verlag. (3,00). — Offizieller Bericht über die III. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins. Beilage zur Zeitschr. f. Medizinalbeamte. — Berichte, Denkschriften und Verhandlungen des V. internationalen Kongresses für Versicherungs-Wissenschaft zu Berlin vom 10.—15. September 1906. 2. Bände. Berlin 1906. E. S. Mittler u. Sohn. — Second Annual Report of the Henry Phipps Institute. February 1904 to February 1905. Philadelphia 1906. — Stenographisches Protokoll der Verhandlungen der Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftl. Interessen am 21. Juni 1906 in Halle a. S. — Kurze Übersicht des Zentral-Komitee in den Jahren 1896 bis 1905 und Geschäftsbericht für die Generalversammlung des Zentral-Komites am 31. Mai 1906 im Reichstagsgebäude zu Berlin. Von Oberstabsarzt Dr. Nietner. Berlin 1906. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn u. F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Namenverzeichnis.

